

Leena Luoma-Halkola

MAATALOUSYRITTÄJIEN TYÖTERVEYSHUOLLON
VAIKUTTAVUUS TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ
TYYPILLISIMMISSÄ KANSANTERVEYSONGELMISSA
MAATALOUSYRITTÄJIEN KOKEMANA KAUHAJOELLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
2009



MAATALOUSYRITTÄJIEN TYÖTERVEYSHUOLLON VAIKUTTAVUUS TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ TYYPILLISIMMISSÄ KANSANTERVEYS- ONGELMISSA MAATALOUSYRITTÄJIEN KOKEMANA KAUHAJOELLA

Luoma-Halkola, Leena
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
Joulukuu 2009
Ohjaaja: Kangassalo, Ritva
YKL: 59.241
Sivumäärä: 83

Asiasanat: terveyden edistäminen, vaikuttavuus, maatalousyrittäjät, työterveyshuolto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuutta terveyden edistämiseksi tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa maatalousyrittäjien kokemana Kauhajoella. Vaikuttavuutta selvitettiin maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen tapahtuneiden elintapamuutosten avulla. Opinnäytetyön avulla haluttiin myös selvittää onko maatalousyrittäjien työterveyshuollon antama neuvonta ja ohjaus riittävää kyseisissä terveysongelmissa. Maatalousyrittäjille annettiin myös mahdollisuus kertoa miten he haluaisivat kehitettävän terveyttä edistäviä toimintamuotoja maatalousyrittäjien työterveyshuollossa.

Opinnäytetyössä valittiin tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus ja tutkimusstrategiana käytettiin survey-tutkimusta. Tutkimuksen perusjoukko oli Kauhajoen terveystieteiden maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittyneet maatalousyrittäjät. Tutkimus oli systemaattinen otantatutkimus, jossa aineistoa kerättiin kyselylomaketta apuna käyttäen. Kyselylomake sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä sekä näiden välimuotoisia kysymyksiä.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa määriteltiin keskeiset asiasanat sekä käsiteltiin elintapojen vaikutusta tyypillisimpiin kansanterveysongelmiin. Tyypillisimmiksi kansanterveysongelmiksi tässä opinnäytetyössä määriteltiin: sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, kohonnut verensokeri ja diabetes, kohonnut veren kolesterolipitoisuus, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, ylipaino ja lihavuus, hengityselinten sairaudet, henkinen hyvinvointi sekä tapaturmat. Elintavoista käsiteltiin ravintoa, liikuntaa, alkoholia, tupakkaa sekä unta ja lepoa.

Saatujen tulosten mukaan maatalousyrittäjien työterveyshuollolla oli vaikuttavuutta terveyden edistämiseksi tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa. Vaikuttavuus näkyi positiivisina elintapamuutoksina lähes kolmanneksella vastaajista (28 %). Reilusti yli puolet vastaajista koki saaneensa maatalousyrittäjien työterveyshuollosta riittävästi tietoa opinnäytetyössä käsitellyistä kansanterveysongelmista (72 %) sekä elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen (66 %). Terveyttä edistävinä työmuotoina toivottiin maatalousyrittäjien työterveyshuollon järjestämää mm. liikuntakursseja ja terveyteen liittyviä toimintapäiviä.

THE CONDUCTIVINESS OF HEALTHINESS BY OCCUPATIONAL HEALTH CARE IN THE MOST TYPICAL NATIONAL HEALTH PROBLEMS FOR AGRICULTURAL ENTREPRENEURS IN KAUHAJOKI

Luoma-Halkola, Leena

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Public Health Nursing

December 2009

Supervisor: Kangassalo, Ritva

Number of pages: 83

Appendices: 59.241

Key words: health-conduciviness, impact, agricultural entrepreneur, occupational health care

The purpose of this thesis was to examine the conduciviness of healthiness by occupational health care in the most typical national health problems for agricultural entrepreneurs in Kauhajoki. The effectiveness was measured by health-positive changes in lifestyle after joining in the occupational health care program. Another function of this thesis was to clarify whether the counseling and guidance of the occupational health care for agricultural entrepreneurs is sufficient in the health problems in question. Agricultural entrepreneurs were also given an opportunity to tell how would they like to see health-conductive forms of activity developed in the occupational health care program.

Research method used for this thesis was quantitative, i.e. quantifiable research. The research was conducted as a survey. The population of the research consisted of agricultural entrepreneurs who had joined the occupational health care program in Kauhajoki health care center. The research was a systematic sample analysis in which material was collected with questionnaires. The questionnaire contained both structured and open questions

Theoretical part of the thesis consisted of fundamental data and handling of the effects of lifestyle for the most typical national health problems. The most typical national health problems were defined in this thesis as: heart- and circulatory system organ diseases, high blood sugar value and diabetes, high blood cholesterol concentration, musculoskeletal system diseases, obesity, respiratory organ diseases, mental well-being and accidents. Nutrition, exercise, alcohol, smoking and sleep were taken into consideration in measuring lifestyle. The results indicate that the occupational health care program for agricultural entrepreneurs has an impact in advancing health care against the most common national health problems. The impact was seen as positive changes in lifestyle for 28 per cent of the answerers. Well over half of the answerers felt they had received enough information about both the health problems mentioned in thesis (72 %) and the effects of lifestyle with regard to health-conduciviness from the occupational health care program (66 %). Exercise courses and healthiness related activity days arranged by the occupation health care for agricultural entrepreneurs, for example, were on the wishlist for the answerers as health-conduciving methods.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	7
2. TERVEYDEN EDISTÄMINEN	8
2.1 Terveys	8
2.2 Terveiden edistäminen käsitteenä	9
2.3 Terveiden edistämisen kansalliset haasteet	12
2.4 Terveiden edistämisen tavoitteet	13
2.5. Terveiden edistämisen vaikuttavuus	14
3. MAATALOUSYRITTÄJÄNÄ SUOMESSA	15
3.1 Maatalousyrittäjä.....	15
3.2 Maatalousyrittäjyys tänä päivänä Suomessa.....	16
4. TYÖTERVEYSHUOLTO	17
4.1 Työterveyshuolto ja sen keskeiset tavoitteet.....	17
4.2 Maatalousyrittäjien työterveyshuolto.....	19
4.2.1 Tilakäynti maatalousyrittäjien työterveyshuollossa.....	21
4.2.2 Terveystarkastukset maatalousyrittäjien työterveyshuollossa	21
4.2.3 Työkykyä ylläpitävä toiminta maatalousyrittäjien työterveyshuollossa	22
4.3 Maatalousyrittäjien työterveyshuolto Kauhajoella	22
5. TYYPILLISIMPIÄ KANSANTERVEYSONGELMIA SUOMESSA.....	23
5.1 Sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet	24
5.1.1 Sepelvaltimotauti.....	24
5.1.2 Sydämen vajaatoiminta	25
5.1.3 Aivoverenkierron häiriöt	25

5.1.4 Kohonnut verenpaine	25
5.2 Diabetes.....	26
5.3 Kohonnut veren kolesterolit	26
5.4 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	27
5.5 Ylipaino ja lihavuus	28
5.6 Hengityselinten sairaudet	29
5.6.1 Astma	30
5.6.2 Keuhkohtaumatauti (COPD).....	30
5.6.3 Allerginen alveoliitti	31
5.7 Henkinen hyvinvointi.....	31
5.7.1 Stressi	33
5.7.2 Depressio.....	33
5.7.3 Työuupumus.....	33
5.8 Tapaturmat	34
6. TERVEYDEN EDISTÄMISEEN VAIKUTTAVAT ELINTAVAT	35
6.1 Ravinto	36
6.2 Liikunta	37
6.3 Alkoholi	38
6.4 Tupakka.....	39
6. 5 Uni ja lepo	40
7. AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET AIHEESTA	41
8. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	43
9. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	44

9.1 Tutkimuksen perusjoukko ja otanta	45
9.2 Kyselylomake ja aineistonkeruu	46
9.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	47
9.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	49
10. TUTKIMUKSEN TULOKSET	51
10.1 Vastaajien taustatiedot	51
10.2 Maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuus	56
10.3 Terveyttä edistävän tiedon ja ohjauksen riittävyys	60
10.4 Vastaajien toivomuksia ja ideoita maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon.....	61
11. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	63
11.1 Tutkimuksen yhteenveto	73
11.2 Tutkimuksen luotettavuus	74
11.3 Tutkimuksen eettisyys.....	75
11.4 Ehdotukset jatkotoimenpiteiksi sekä opinnäytetyön hyödyntäminen	76
LÄHTEET	77

LIITTEET

1. JOHDANTO

Jokainen meistä määrittää terveyden omalla tavallaan, terveys on kuitenkin elämän tärkeimpinä pidettyjä asioita. Terveys yleensä sijoitetaan puheen tasolla arvoasteikon kärkipäähän, mutta tekojen tasolla voi kuitenkin olla toisin. Usein on kuitenkin kyse jokaisen omista valinnoista. Terveys 2015- kansanterveysohjelman tarkoitus on terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen sekä terveyden edistämisen näkökulman huomioiden kaikissa terveystilanteissa. Terveiden edistämisen tavoitteena on yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistaminen ja siten parantaa kansanterveydellisiä edellytyksiä. Suomalaisten terveystilanne on parantunut huomattavasti viime vuosina, samaan aikaan on kuitenkin tapahtunut kehitystä myös huonompaan suuntaan. Etenkin alkoholin kulutus ja lihavuus ovat lisääntyneet ja näihin liittyvät sairaudet ovat yleistyneet räjähdysmäisesti. Monissa tutkimuksissa sekä käytännössä on osoitettu, että elintavoilla ja terveydellä on kiistaton yhteys.

Maatalousyrittäjät ovat kokeneet rajuja muutoksia omassa työssään. Jatkuva maatalouspolitiikan muuttuminen luo epävarmuutta tulevaisuudesta maatalousyrittäjien keskuudessa. Aina ei jää voimavaroja itsestä ja omasta terveydestä huolehtimiseen. Maatalousyrittäjien työterveyshuolto on avainasemassa tiedon ja ohjauksen antamisessa ja se koetaan tärkeäksi tehtäväksi tilakäyntien ja terveystarkastusten yhteydessä. Tässä opinnäytetyössä haluttiin selvittää maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuutta terveyden edistämässä tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa maatalousyrittäjien kokemana. Vastaavia tutkimuksia ei ole aikaisemmin tehty. Tutkimuskohteenä olivat ne maatalousyrittäjät Kauhajoella, jotka olivat liittyneet maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon. Tutkittaessa maatalousyrittäjien elintavoissa tapahtuneita muutoksia maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen voitiin osoittaa, että maatalousyrittäjien työterveyshuollolla oli vaikuttavuutta tyypillisimpien kansanterveysongelmien ehkäisyssä ja terveyden edistämässä. Tämä ilmeni positiivisina elintapamuutoksina, joilla on todettu olevan vaikutusta terveyden edistämiseen.

Opinnäytetyö sisältää kaikille tärkeää tietoa terveydestä ja siitä miten me itse omilla valinnoillamme elintapojen suhteen voimme vahvistaa tai heikentää omaa terveyttämme.

2. TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Terveys

Terveys on kaikille tuttu arkipäiväinen asia, mutta sitä on kuitenkin vaikea kattavasti kuvailla ja selittää (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2005, 205). Määritelmistä yksinkertaisin on se, että ihminen on terve, jos hänellä ei ole sairauksia. Toinen määritelmä terveydestä on kytkeä se toimintakykyyn. (Huttunen & Mustajoki (toim.) 2007, 11.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee terveyden elämänkulun eri vaiheissa vaihtelevaksi: fyysiseksi, psyykkiseksi, sosiaalseksi, emotionaaliseksi ja hengelliseksi hyvinvoinniksi. Terveys on jokaiseen päivään kuuluva elämän voimavara ja tärkeä arvo. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 15.) Terveys on myös kykyä selvitä arjen vaatimuksista (Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2009, 1).

Terveys voidaan nähdä ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona ja kykynä selviytyä ja suoriutua. Visuaalisesti terveyttä on pyritty kuvaamaan janana tai spiraalina. Toiseen päähän janaa on kuvattu täydellinen terveys ja toiseen päähän kuolema. Spiraalin avulla kuvataan elämäkokemuksen karttumista ja sen avulla terveys saa uusia ulottuvuuksia. Tästä johtuen vanhenemisen mukanaan tuomista muutoksista huolimatta terveys voi säilyä ja sen säilymiseen voidaan edelleen vaikuttaa. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa terveyden edistämisen laatusuosituksessa terveys ymmärretään hyvinvointina, toimintakykyisyytenä ja tasapainoisena vuorovaikutuksena ihmisten ja ympäristön välillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 15).

Suomen hallituksen antama terveyden edistämisen politiikkaohjelma kuvaa terveyttä ihmisen tärkeimmäksi elämän arvoksi. Samalla se on Suomen menestyksen kilpailutekijä, sillä kansanterveys on tärkeä taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen kehityksen kulmakivi. (Hallituksen politiikkaohjelma 5.12.2007.)

Täydellistä määritelmää terveydestä on vaikea laatia. Terveiden monimuotoisuudesta syntyykin paras ja kattavin kuva monia määritelmiä yhdistelemällä. Terveys on kuitenkin elämän tärkeimpinä pidettyjä asioita. Puheen tasolla ihmiset sijoittavat terveyden yleensä arvoasteikon kärkipäähän. Tekojen tasolla voi kuitenkin olla toisin. Vaikka terveyttä arvostetaan, silti ei välttämättä olla valmiina toimimaan terveyttä edistävällä tavalla. (Laine ym. 2005, 206–207.) Monet arkielämän valinnat ovat asioita, joilla voidaan vaikuttaa terveyteen. Ihmisten omien valintojen ja lähiyhteisön toiminnan seurauksena terveys joko vahvistuu tai heikkenee. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 15.)

Jokainen määrittää terveyden omalla tavallaan ja tämä on määritelmistä tärkein. Ihminen voi kokea itsensä terveeksi vaikka olisikin joitain sairauksia tai vammoja. Omat tavoitteet ja ympäristö vaikuttavat tähän omakohtaiseen arvioon. (Huttunen & Mustajoki (toim.) 2007, 11.)

2.2 Terveiden edistäminen käsitteenä

Terveiden edistäminen on laaja ja monenlaista toimintaa sisältävä ala, jonka yksiselitteinen määrittely terveyden tapaan on vaikeaa. Ottawan asiakirjan mukaan, vuonna 1986, Maailman terveysjärjestö, WHO, määritteli terveyden edistämisen toiminnaksi, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Maailman terveysjärjestö painottaa terveyden edistämistä myös prosessiksi, joka antaa yksilölle ja yhteisölle entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 18–19.)

Terveiden edistäminen on merkittävä yhteiskunnallinen tehtävä. Terveiden edistämisen ydinolemuksen ja käytännön perustyöhön kuuluu muutoksen aikaansaaminen ihmisten käyttäytymisessä ja elämänolosuhteissa. Muutosta yritetään saada aikaan lisäämällä tietoisuutta ja vaikuttamalla asenteisiin sekä luomalla paremmat mahdollisuudet tehdä itse terveytensä kannalta paremmat valinnat. Terveiden edistämisen pitäisi myös olla vaikuttavaa. (Koskinen-Ollonqvist, Peltö-Huikko & Rouvinen-Vilenius (toim.) 2005, 5.)

Terveysten edistämistä pidetään keinona terveyden aikaansaamiseksi sekä sen ylläpitämiseksi ja jonka avulla vahvistetaan yksilön ja yhteisön voimavaroja sekä parannetaan kansanterveydellisiä edellytyksiä. Terveysten edistäminen perustuu tiettyihin arvoihin, joista keskeisimpiä ovat: ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, tasa-arvo, omavoimaistaminen (empowerment) sekä osallistuminen ja osallistaminen. (Savola, Peltö-Huikka & Koskinen-Ollonqvist 2005, 6.)

Terveysten edistäminen käsittää ne toiminnot, joilla lisätään väestön ja yksilön terveellistä toimintaa ja vähennetään vastaavasti epäterveellistä toimintaa (Koskenvuo & Mattila 2003, 16). Terveysten edistäminen on määritelty myös kokonaisvaltaiseksi toiminnaksi, jolla lisätään myönteisesti vaikuttavia sosiaalisia edellytyksiä sekä muutetaan ihmisten käyttäytymistä terveyttä suosivaan suuntaan kasvatuksellisten ja yhteiskunnallisten toimenpiteiden avulla (Raatikainen 2002, 11).

David Seedhouse määritteli vuonna 1986 terveyden edistämisen tavoitteeksi tuoda ihmiset yksilöinä ja yhteisöinä sille parhaalle terveyden tasolle, minkä heidän elinolonsa ja biologinen potentiaalinsa mahdollistavat. Kyse on valintojen mahdollistamisesta. (Perttilä 1999, 78–79.)

Maailman terveysjärjestön lisäksi myös muut yhteisöt ja eri henkilöt ovat määritelleet terveyden edistämisen käsitettä monella tavalla vuosikymmenten kuluessa mm. arvojen, tavoitteiden, toiminnan ja tulosten pohjalta (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 37).

Terveysten edistäminen kuuluu myös sairaanhoitoon sekä kuntoutukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 16). Tutkijat ovat määritelleet eritasoisia terveyden edistämisen käsitteitä: yksilö-, yhteisö-, terveyspalvelujärjestelmä-, ympäristö- ja yhteiskuntapolitiikkatasoinen käsite (Raatikainen 2002, 11–12).

Yksilötasoisessa terveyden edistämisessä yksilöä tarkastellaan toiminnan kohteena. Terveysten edistäminen on tällöin tietoista vaikuttamista ihmisen asenteiden ja käyttäytymisen muuttamiseksi. Toimintamenetelmänä on riskiryhmiin kuuluvien sairauksien ehkäisy, jonka sisältönä on ongelmien tunnistaminen ja terveyttä uhkaavien tekijöiden vähentäminen. Yksilötasoisessa terveyden edistämisessä yksilö voidaan nähdä

myös toimijana. Terveiden edistäminen määritellään silloin ihmisen omaksi vastuuksi ja valinnaksi. Hänelle tarjotaan tietoja terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja luodaan mahdollisuuksia terveellisiin valintoihin, tuetaan oppimisen ja itsehallinnan kasvua sekä edistetään positiivista terveystietoisuutta. Myös hänen ympäristö tulee ottaa huomioon, koska yksilö kuvataan aktiiviseksi yhteisön jäseneksi. (Raatikainen 2002, 11–12.) Perttilä kuvaa yksilötason terveyden edistämisen terveystiedon vahvistamiseksi sekä elämänhallinnan ja asenteiden tukemista siten, että ne tukevat terveyttä (Perttilä 2006).

Terveiden edistämiseksi puhutaan kolmesta eri lähestymistavasta: mahdollisuuksien luominen, muutokseen tähtäävä toiminta sekä terveyttä suojaavien ja vahvistavien tekijöiden ylläpito jo saavutetulla tasolla. Terveiden edistäminen sisältää promotiivisen ja preventiivisen lähestymistavan. Vaikuttamista ennen ongelmien ja sairauksien syntyä sanotaan promootioksi ja silloin terveyden edistämisen tehtävänä on ylläpitää ja vahvistaa terveyttä suojaavia tekijöitä. Myönteiseen ja voimavarakeskeiseen terveyskasvatukseen perustuen promotiivinen lähestymistapa on pyrkimystä luoda oloja ja kokemuksia, jotka tukevat ja auttavat yksilöä ja myös yhteisöä selviämään. Sairauksien ehkäisy näkökulmaa painottaa taas preventiivinen lähestymistapa ja usein se on ongelmalähtöistä. Siihen sisältyy primaari-, sekundaari- ja tertiäripreventio. Primaaripreventiossa on sairauksia ehkäisevää toimintaa sekä sairauksien riskitekijöiden vähentämistä. Sekundaaripreventiosta on kyse silloin, kun sairauksien paheneminen estetään vähentämällä riskitekijöitä. Kun lisätään toimintakykyisyyttä ja vähennetään olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemista puhutaan tertiäripreventiosta. (Peltö-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006, 13.)

Lukuisat eettiset kysymykset liittyvät terveyden edistämiseen, kuten esimerkiksi ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Terveiden edistämiseen pyrkivä terveyskasvatus on saanut myös kielteistä leimaa vuosien kuluessa. Tätä kielteistä terveyden edistämisen kuvaa pitäisi pyrkiä muuttamaan myönteiseksi ja pyrkiä kannustamaan ihmisiä syyllistämisen ja varoitusten sijaan. Yksilöt, kuten yhteisötkin, tarvitsevat tukea, terveystietoisuutta ja taitojen opettamista huolehtia omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Terveiden oppiminen ja terveyden lukutaito, viime vuosina tulleet uudet käsitteet, ovat tarpeellisia. Niiden avulla ihmiset voivat itse hal-

lita, ylläpitää ja edistää terveyttään. (Koivisto, Muurinen, Peiponen & Rajalahti 2002, 5-6.)

Terveyden edistämisessä on yleinen ohjaus- ja valvontavastuu sosiaali- ja terveysministeriöllä (Sosiaali- ja terveysministeriö 29.4.2009). Yleisellä tasolla terveyden edistämisestä säädetään perustuslaissa ja kuntalaissa. Terveyden edistämisen tehtävistä säädetään kansanterveyslaissa ja terveydenhuoltolaissa sekä useassa erityislaissa. (Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2009, 1.) Kuten kaikkien terveydenhuollon toimintojen, myös terveyden edistämisen, tulee perustua tutkittuun tietoon ja näyttöön aina kun se on mahdollista (Koivisto ym. 2002, 5).

Tämä opinnäytetyö käsittelee terveyden edistämistä yksilötasolla. Siinä yksilöä tarkastellaan toiminnan kohteena sekä toimijana. Hänelle annetaan tietoa terveyttä uhkaavista tyypillisimmistä kansanterveysongelmista sekä terveyteen vaikuttavista tekijöistä, kuten elintavoista. Näiden tietojen avulla yksilöä tietoisesti kannustetaan tarvittaviin asennemuutoksiin sekä sen seurauksena tapahtuviin elintapamuutoksiin, jotka tukevat ja edistävät yksilön terveyttä.

2.3 Terveyden edistämisen kansalliset haasteet

Kansallisesti terveyden edistämistä linjataan Terveys 2015- kansanterveysohjelmassa. Kyseisessä ohjelmassa korostetaan sitä, että ihmiset luovat viime kädessä itse omaa elämänsä toiminnoillaan sekä valinnoillaan. Tämä tarkoittaa, että ihmiset voivat edistää terveyttään esimerkiksi liikkumalla, syömällä terveellisesti, käyttämällä alkoholia vain kohtuullisesti ja lopettamalla tupakoinnin, mutta he tarvitsevat tietoa ja tukea päätöstensä perustaksi. Jokaisen ihmisen mahdollisuuksia oman terveytensä hallintaan ja parantamiseen tulee lisätä. (Koivisto ym. 2002, 25.)

Terveys 2015- kansanterveysohjelmassa painotetaan terveyden edistämisen näkökulman huomioonottamista kaikissa terveystoimissa (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 78). Saman kansanterveysohjelman yhtenä keskeisenä tavoitteena on suomalaisten työikäisten työ- ja toimintakyvyn sekä työelämän olosuhteiden kehittyminen. Tämä kehitys mahdollistaisi osaltaan työikäisten jaksami-

sen pidempään työelämässä. (Pietilä ym. 2002, 107; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15.)

Terveys 2015- kansanterveysohjelmalla halutaan lisätä terveitä ja toimintakykyisiä elinvuosia sekä pienentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Ohjelman tavoite on myös se, että väestö olisi tyytyväinen terveystalouteen, kokisi terveydentilansa sekä kokemukset ympäristön vaikutuksesta terveyteen nykyisellä tasolla. Kyseinen kansanterveysohjelma kuvaa terveyden edistämisen haasteita elämänkulun eri vaiheissa, esittää haasteita toimijoille ja antaa ehdotuksia tavoitteiden toteutumisen seurannassa. (Paturi 20.3.2008.)

2.4 Terveyden edistämisen tavoitteet

Terveys 2015- kansanterveysohjelma, jonka valtioneuvosto on hyväksynyt, linjataan kansalliset terveystaloudelliset tavoitteet. Päättävänä ohjelmassa on terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 11.)

Hallituksen joulukuussa 2007 antama terveyden edistämisen politiikkaohjelma painottaa, että vaikuttamalla keskeisiin kansansairauksien syihin voidaan hillitä terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä aiheutuvia huomattavia kustannuksia. Terveystaloudellisen edistämisen politiikkaohjelman yhteiskunnallisena vaikuttavuustavoitteena on mm. terveystaloudellisten rakenteiden vahvistaminen, kansansairauksien ehkäisyyn vaikuttavien elintapamuutosten aikaansaaminen sekä terveitä elämäntapa valintoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittäminen. (Hallituksen politiikkaohjelma 5.12.2007.) Kuntatasolla terveyden edistämisen tavoitteet perustuvat kansallisten terveystaloudellisten lisäksi, kuntalaisten terveystarpeisiin sekä paikallisiin olosuhteisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 20).

Terveyden edistämisen tavoitteena on yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistaminen ja siten parantaa kansanterveydellisiä edellytyksiä (Pelto-Huikko ym. 2006, 12). Yksilön kohdalla terveyden edistämisen päämääränä on odotettavissa olevan terveen

eliniän pidentäminen ja terveyden edistämisen tavoitteena on useasti kyse yksilön elämäntapojen muutoksesta (Koskenvuo & Mattila 2003, 16–20).

2.5. Terveiden edistämisen vaikuttavuus

Vaikuttavuus kuvaa tavoitteiden ja aikaansaatuisten vaikutusten välistä suhdetta (Hokkanen 2006, 1). Terveiden edistämisen on tarve tehdä jotain ja tämä on lähtötilanne. Tarpeesta kehittyy tavoitteita, joilla pyritään vastaamaan lähtötilanteessa olevaan tarpeeseen. Kun toimintojen onnistuessa asioihin saadaan muutosta, voidaan puhua tuloksesta. Vaikutus, esim. muutokset terveydentilassa tai elintavoissa, on sama kuin tulos. Vaikuttavuus syntyy, kun suhteutetaan aikaansaatua tulos/vaikutus alun tarpeeseen. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 7.)

Vaikuttavuuden arviointia voidaan suorittaa arvioimalla vaikutusten merkittävyyttä sekä sitä, kuinka hyvin vaikutukset toteuttavat hankkeelle, terveyden edistämiseksi, asetettuja tavoitteita (Hokkanen 2006, 1). Erilaisia lähestymistapoja voidaan nähdä vaikuttavuuden arvioinnin taustalla: kuvaileva (kuvaillaan prosessi), normatiivinen (toimiiko ohjelma niin kuin pitäisi) ja syy-seuraus (tuottiko ohjelma halutut tulokset). Kun arvioidaan vaikuttavuutta, saadaan vastaus kysymyksiin jotka koskevat ilmiön tai ongelman luonnetta, toiminnan tavoitteita, toiminnan toteutumista ja havaittuja muutoksia. Tärkeää on osoittaa, onko ohjelma tai interventio muutoksen syy. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 7.)

Usein on vaikea mitata terveyden edistämiseen kohdistuvan terveysneuvonnan vaikuttavuutta ja siten myös tehokkuutta. Muutokset ohjattavan, esimerkiksi työtavoissa, työympäristössä ja turvallisuuskulttuurissa sekä terveystietoisuudessa, terveydentilassa, subjektiivisessa hyvinvoinnissa tai toimintakyvyssä voivat olla tuloksia. Kysymällä tilanteiden ja tilaisuuksien onnistumisesta voidaan tiedottamisen, neuvonnan ja ohjauksen vaikuttavuutta arvioida epäsuorasti. Ollakseen vaikuttavaa jaettavan tiedon tulee olla ymmärrettävää, merkityksellistä tiedon vastaanottajan oman elämän tai työn kannalta. Tavoiteltavan muutoksen tulisi olla myös konkreettista. Välittömän palautteen lisäksi voidaan myös jälkikäteen kysyä, onko henkilö tehnyt jotain muutoksia

annetun tiedon perusteella, tai aikooko hän tehdä niitä lähitulevaisuudessa vai eikö ollut aihetta muutoksiin. (Antti-Poika, Martimo & Husman 2006, 258.)

Vaikuttavuuden arviointi on työterveyshuollon tulosten tarkastelua suhteessa tuotoksiin. Tuotoksina pidetään oman toiminnan suoritteita, palveluita ja menetelmiä. Havaittuja muutoksia (positiivisia) on pidetty vaikuttavuutena, esimerkiksi työoloissa sekä työntekijöiden asenteissa, käyttäytymisessä, terveydentilassa ja työkyvyssä. Työterveyshuollon vaikuttavuutena voitaisiin pitää sitä muutosta, joka voidaan laskea työterveyshuollon ansioksi. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että työterveyshuollon toiminnassa iso osa vaikutuksista perustuu yhteistyöhön asiakkaiden kanssa, jolloin yksittäisen toimijan panosta ja tulosta ei välttämättä saada erotelluksi. (Uitti, Sauni & Leino 2007:123(6):723–730.)

3. MAATALOUSYRITTÄJÄNÄ SUOMESSA

Maataloudessa on tapahtunut suuria muutoksia viime vuosina. Sen jälkeen kun Suomi liittyi Euroopan Unioniin, vuonna 1995, maatilojen määrä on vähentynyt kolmanneksella. Tilakoot ovat kasvaneet huomattavasti ja samanaikaisesti viljelijäväestön lukumäärä on vähentynyt. Tuotantoa tehostetaan koko ajan ja kasvavia tuotantoyksiköjä hoidetaan yhä pienemmällä väkimäärällä. Maataloutta harjoittavien yrittäjien henkistä kuormittavuutta lisää Suomen maatalouden tulevaisuuden epävarmuus. (Rissanen 2006, 9.)

3.1 Maatalousyrittäjä

Maatalousyrittäjän eläkelain (MYEL) nojalla vakuutettua henkilöä pidetään maatalousyrittäjänä. Maatalousyrittäjän eläkelain piiriin kuuluvat viljelijät, metsänomistajat, kalastajat ja poronhoitajat sekä heidän palkkaa nostavat perheenjäsenensä. Useimmille maatalousyrittäjille MYEL- vakuutus on pakollinen. MYEL- vakuutuksen voi ottaa

myös vapaaehtoisena, ellei yrittäjä kuulu pakollisen vakuutuksen piiriin. (Maatalousyrittäjän eläkelaki 2006; Mela 2009.)

Maatalousyrittäjäksi ryhtyminen tapahtuu useimmiten sukupolvenvaihdoksen myötä tai parisuhteen kautta. Maatalousyrittäjä voi myös toimia sivutoimisena maatilatalouden parissa ja samanaikaisesti olla päätoimisesti palkansaajana jonkun työnantajan palveluksessa. (Kinnunen, Mäittälä, Pulkkinen-Närhi, Siitonen, Taattola & Weman 2007, 13.)

Tässä opinnäytetyössä maatalousyrittäjä käsite rajataan koskemaan vain maatilataloutta harjoittavaa päätoimista viljelijää sekä hänen MYEL- vakuutettuja perheenjäseniä, jotka työskentelevät päätoimisesti maatilatalouden parissa.

3.2 Maatalousyrittäjäyys tänä päivänä Suomessa

Tilastojen mukaan vuoden 2008 lopussa Suomessa oli noin 65800 maatilaa (MTK, www-sivut 2009). MYEL- vakuutettuja viljelijöitä oli saman vuoden lopussa noin 81300 (Mela, www-sivut 2009). Maatilojen päätuotantosunnista yleisimmät ovat viljanviljely sekä lypsykarjatalous. Lisäksi muita päätuotantosuuntia on mm. muu nautakarjatalous, sika-, hevos- ja siipikarjatalous sekä erikoiskasvien viljely. (MTK, www-sivut 2009.)

Maatalousyrittäjät ovat kokeneet rajuja muutoksia omassa työssään. Suomen maatalouspolitiikka on muuttunut nopeassa tahdissa, muutosta on vauhdittanut Suomen liittyminen Euroopan Unioniin vuonna 1995. Jatkuva maatalouspolitiikan muuttuminen luo epävarmuutta tulevaisuudesta maatalousyrittäjien keskuudessa. Euroopan Unionin tuoma maataloustukijärjestelmä edellyttää jatkuvaa tilakoon kasvattamista sekä toiminnan tehostamista. Aktiivituloilla toimintaa tehostetaan ja tuotantomääriä lisätään jatkuvasti, sekä tehdään lisäinvestointeja tulosten päämäärien saavuttamiseksi. Investointien avulla työtä koneellistetaan sekä automatisoidaan. Tästä huolimatta työn määrä lisääntyy maatalousyrittäjän kohdalla. Lisäksi maatalousyrittäjän työ on edelleen fyysisesti kuormittavaa, tuotantosunnastakin riippuen. Pienillä tiloilla maataloustyötä tehdään tänä päivänäkin paljon käsivoimin. Maatalousyrittäjän työn luon-

teesta johtuen työn määrä vaihtelee, ruuhkahuipuista normaaliin työpäivään. (Siponen 2006, 13–14.)

Euroopan Unioniin liittymisen jälkeen monet joutuivat luopumaan maatalousyrittäjyydestä ja moni tila lopetti toimintansa. Viime vuosina tilojen toiminnan loppuminen on ollut vähäisempää, mutta edelleen ennustetaan lähivuosina maatilojen lukumäärän vähenevän alle 50000. (Siponen 2006, 13–14.)

4. TYÖTERVEYSHUOLTO

Suomessa astui voimaan vuonna 1979 työterveyshuoltolaki. Samana vuonna alkoi myös maatalousyrittäjien työterveyshuollon kehittäminen. Siitä lähtien on maatalousyrittäjillä ollut mahdollisuus vapaaehtoisesti liittyä työterveyshuoltoon. (Kinnunen ym. 2007, 5.) Nykyisin voimassa oleva, uudistettu, työterveyshuoltolaki säädettiin vuonna 2001 (Torpström & Weman 2007, 4).

4.1 Työterveyshuolto ja sen keskeiset tavoitteet

Kansanterveislain (66/1972) nojalla työterveyshuolto on osa Suomen terveydenhuoltojärjestelmää. Työterveyshuoltoa järjestetään sekä osana julkista terveydenhuoltoa, että yksityisinä terveydenhuoltopalveluina. (Juutilainen 2004, 35.) Työterveyshuollon erityispiirteenä on yksilön hoitamisen ja terveyden edistämisen lisäksi työympäristöön, työoloihin ja työyhteisöön vaikuttaminen (Torpström & Weman 2007, 4).

Työterveyshuoltolaki, joka säädettiin vuonna 1978, toimi työterveyshuollon toiminnan perustana. Työelämän vaatimukset ovat muuttuneet vuosikymmenten kuluessa ja tästä syystä myös laki vaati uudistusta. Uudistettu, ja nyt voimassa oleva työterveyshuoltolaki säädettiin vuonna 2001 (1383/2001). (Antti-Poika ym. 2006, 25.) Kyseisessä laissa määrätään työterveyshuollon sisältö ja toteuttaminen sekä työnantajan velvollisuus työterveyshuollon järjestämiseen (Juutilainen 2004, 28).

Työnantajalla on työterveyshuoltolain mukaan velvollisuus kustannuksellaan järjestää työterveyshuolto kaikille palveluksessaan oleville työntekijöille. Yrittäjä, maatalousyrittäjä ja muu omaa työtään tekevä voi halutessaan järjestää itselleen työterveyshuollon, mutta laki ei velvoita häntä siihen. (Torpström & Weman 2007, 4.) Työterveyshuoltolaki määrittää työterveyshuollon tavoitteita. Tavoitteena työterveyshuollolla on, työnantajan sekä työntekijöiden kanssa yhteistyötä tehden, edistää työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Työterveyshuollon tavoitteena on myös edistää työyhteisön toimintaa sekä työntekijän terveyttä ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa sekä ehkäistä sairauksia ja tapaturmia. (Manninen, Laine, Leino, Mukala & Husman 2007, 11.)

Lain mukaan työterveyshuolto on luonteeltaan preventiivistä, eli ennalta ehkäisevää, terveydenhuoltotoimintaa (Juutilainen 2004, 31). Lakisääteisyyden lisäksi työnantajalla on mahdollisuus järjestää työntekijöilleen myös vapaaehtoisesti sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluita (Antti-Poika ym. 2006, 26). Työpaikan työterveyshuollon taso ja kattavuus riippuvat työnantajan ja työterveyspalveluita tuottavan tahon yhteisesti tekemästä sopimuksesta. Työterveyshuollosta aiheutuvat, sopimuksessa määritellyt, kustannukset maksaa työnantaja työterveyshuollon palvelujen tuottajalle. (Juutilainen 2004, 31.)

Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon omalla työpaikalla tai usean yrityksen yhteisellä työterveysasemalla tai hankkimalla työterveyshuoltopalvelut terveyskeskukselta tai yksityiseltä lääkäriasemalta. Lain mukaan työnantajan on käytettävä riittävästi työterveyshuollon ammattihenkilöitä. Työntekijöinä työterveyshuollossa toimii lääkäreitä, terveydenhoitajia, fysioterapeutteja ja sairaanhoitajia. Työntekijöinä voidaan tarpeen mukaan käyttää myös muita asiantuntijoita, kuten psykologeja ja teknisiä asiantuntijoita. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 42–44.)

Työterveyshuoltolain lisäksi työterveyshuollon toiminnan perustana ovat työterveyshuoltoa koskevat valtioneuvoston asetukset (1484/2001, 1485/2001) sekä sairausvakuutuslain muutokset (782/94, 1123/2001) ja niihin liittyvä valtioneuvoston päätös (951/94) (Jaatinen & Raudasoja 2007, 42). Työnantaja on oikeutettu sairausvakuutuslain (99/2006) perusteella saamaan korvauksia kustannuksista, jotka aiheutuvat työterveyshuollon järjestämisestä (Antti-Poika ym. 2006, 26). Työturvallisuuslaki

(738/2002) on uudistuksen myötä tavoitteiltaan yhdensuuntainen työterveyshuollon tavoitteiden kanssa ja se tukee hyvin työterveyshuollon toimintaa (Manninen ym. 2007, 10). Keskeisistä työterveyshuoltoon sisältyvistä laista mainittakoon vielä ammattitautilaki (1343/1988) (Juutilainen 2004, 32).

Työterveyshuollon keskeisimpinä sisältöalueita ovat työpaikkaselvityksen perusteella tehty toiminnan suunnittelu, terveystarkastukset ja työntekijöiden terveyden sekä toiminta- ja työkyvyn seuranta sekä ensiapuvalmiuden varmistaminen. Nykyisin myös työkykyä ylläpitävä toiminta on keskeinen sisältöalue työterveyshuollon toiminnassa. (Antti-Poika ym. 2006, 29–32.)

Hyvällä työterveyshuoltokäytännöllä tarkoitetaan työterveyshuollon järjestämisessä, toteuttamisessa ja kehittämisessä noudatettavia valtioneuvoston asetuksen periaatteita. Tämän lisäksi hyvä käytäntö edellyttää muun työterveyttä koskevan tietämyksen ja kokemuksen sekä työterveyshuollon yleisten periaatteiden huomioon ottamista. Hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteet ovat lainmukaisuus, näyttöön perustuva tiedonkäyttö, asiakaskeskeisyys, yhteistyö ja yhteistoiminta, suunnitelmallisuus, laatu ja vaikuttavuus, monitieteinen ja moniammatillinen toimintatapa sekä ammatillinen pätevyys ja riippumattomuus, eettisyys ja luottamuksellisuus. Hyvään työterveyshuoltokäytäntöön kuuluu työterveyshuoltolain mukaan myös laadun ja vaikuttavuuden seuranta. (Manninen ym. 2007, 13 ja 16–17.)

4.2 Maatalousyrittäjätien työterveyshuolto

Maatalousyrittäjien työterveyshuollon järjestämisessä noudatetaan soveltuvin osin työterveyshuoltolaissa (1383/2001) annettuja säännöksiä. Työterveyshuoltoon kuuluminen on maatalousyrittäjälle vapaaehtoista. (Kinnunen ym. 2007, 13.) Maatalousyrittäjien työterveyshuollossa on omia erityispiirteitään. Työoloselvitys, joka käsittää työolohaastattelun ja tilakäynnin sekä terveystarkastukset sisältyvät maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon. (Torpström & Weman 2007, 6.)

Maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon voi liittyä 18–67 vuotias MYEL- vakuutettu maatalousyrittäjä. Sivutoimisen MYEL- vakuutetun maatalousyrittäjän olisi syytä

myös liittyä maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon, koska työnantajan järjestämä työterveyshuolto ei ota huomioon maataloustyöstä johtuvia terveyshaittoja. (Kinnunen ym. 2007, 13.)

Maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuulumisen olisi tärkeää kaikille maatalousyrittäjälle heidän työkykynsä säilymisen kannalta. Työterveyshuollon tarkoituksena on ehkäistä maatalousyrittäjien työstä johtuvaa terveyden heikkenemistä ja sairastumista. Työterveyshuolto toiminnallaan edistää myös työ- ja toimintakykyä sekä yrittää palauttaa jo mahdollisesti heikentynyttä työkykyä. (Tasanko 2003, 4.) Maatalousyrittäjällä on myös mahdollisuus hankkia osana työterveyshuoltoa, ennalta ehkäisevän työterveyshuollon lisäksi, sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluita (Kinnunen ym. 2007, 39).

Maatalousyrittäjä saa hakea Kansaneläkelaitokselta korvausta 60 % ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista ja 50 % sairaanhoidon ja muun terveydenhoidon kustannuksista. Lisäksi työterveyshuoltoon liittynyt maatalousyrittäjä saa 20 % alennuksen lakisääteiseen työajan tapaturmavakuutukseen. (Työterveyslaitos 2009.)

Vuodesta 1999 lähtien on maatalousyrittäjien työterveyshuollon kattavuus parantunut. Työterveysyksiköiden aktivoitumisen lisäksi tähän ovat vaikuttaneet Maatalousyrittäjien työterveyshuollon keskusyksikön (Mytky), Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen (Mela) ja maatalousjärjestöjen tehostunut tiedottaminen. Maatalousyrittäjien liittymistä työterveyshuoltoon on lisännyt myös maatalouden työajan tapaturmavakuutusmaksun (MATA-maksun) alennus työterveyshuoltoon kuuluville MYEL-vakuutetuille viljelijöille. (Kauppinen ym. 2007, 282.)

Hyvän työterveyshuoltokäytännön tavoitteet eivät ole toteutuneet kaikilla työterveyshuoltoon liittyneillä maatalousyrittäjällä. Noin kolmasosa maatalousyrittäjien työterveyshuollon asiakkaista on jäänyt vuosittain ilman hyvän työterveyshuoltokäytännön suositusten mukaista työoloselvitystä tai terveystarkastusta. Suurin este tähän on ollut tilakäyntien osalta työterveyshenkilöstön työajan puute. (Taattola, Ojanen & Weman 2007, 283.)

4.2.1 Tilakäynti maatalousyrittäjien työterveyshuollossa

Työterveyshuollon ammattihenkilöt selvittävät tilakäynnin avulla maatalousyrittäjän työolot ja tietoja ajantasaistetaan työolohaastatteluiden avulla. Maatalousyrittäjän liittyessä työterveyshuoltoon tehdään ensimmäinen tilakäynti, sen jälkeen on tavoitteena tehdä tilakäynti vähintään joka neljäs vuosi. (Kinnunen ym. 2007, 21.)

Tilakäynnillä selvitetään mm. maatalousyrittäjän työssä esiintyviä fysikaalisia, kemiallisia ja biologisia terveydelle haitallisia altisteita. Tilakäynnillä kartoitetaan myös työn tapaturmariskejä sekä ensiapuvalmiutta. Tärkeää on huomioida tilakäynnin yhteydessä myös työn fyysinen ja henkinen kuormittavuus. (Tasanko 2003, 4.)

Kaikista tilakäynnillä tehdyistä havainnoista ja haastatteluiden avulla saaduista tiedoista sekä työterveyshuollon ammattihenkilöiden toimenpide-ehdotuksista kootaan yhteenveto ja tehdään kirjallinen palaute tilalle (Kinnunen ym. 2007, 27).

4.2.2 Terveystarkastukset maatalousyrittäjien työterveyshuollossa

Terveystarkastuksissa on tärkeää seurata ja tutkia maatalousyrittäjän työssä esiintyvien terveydelle haitallisten altisteiden ja vaaratekijöiden aiheuttamia oireita ja sairauksia. Tärkeää on huomioida myös kokonaisvaltainen terveyden edistäminen terveystarkastusten yhteydessä. (Kinnunen ym. 2007, 28.) Terveystarkastuksia maatalousyrittäjien työterveyshuollossa tehdään 1-2 vuoden välein, huomioiden tutkittavan ikä ja terveystriskit (Työterveyslaitos 2009).

Terveystarkastuksessa maatalousyrittäjille tehdään terveydenhoitajan suorittama haastattelu, jonka avulla kartoitetaan senhetkistä terveydentilaa ja työkykyä. Terveystarkastuksessa seurattavia asioita hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan ovat: yleinen työ- ja toimintakyky, rokotusten voimassaolo, kuulo, näkö, keuhkojen toiminta (spirometria), henkinen hyvinvointi, fyysinen toimintakyky (tuki- ja liikunta- ja/tai hengitys- ja verenkiertoelimistön testaus tarvittaessa), tarvittavat laboratoriotutkimukset, paino, pituus, vyötärön ympärys, verenpaine ja työkykyä ylläpitävän toiminnan ja kuntoutuksen tarve. Tarvittaessa tarkistetaan kasvinsuojeluaineille altistuminen ja

homepölyvasta-aineet. Terveystarkastaja kiinnittää huomiota myös elintapoihin ja terveystottumuksiin. Tietojen antaminen, ohjaus ja neuvonta kuuluvat myös terveystarkastusprosesseihin. Tarvittaessa maatalousyrittäjä ohjataan myös lääkärin vastaanotolle. (Kinnunen ym. 2007, 28–30.) Maatalousyrittäjä saa suoritetusta terveystarkastuksesta suullisen palautteen lisäksi myös kirjallisen palautteen sekä selvityksen suunnitelluista jatkotoimenpiteistä (Työterveyslaitos 2009).

4.2.3 Työkykyä ylläpitävä toiminta maatalousyrittäjien työterveyshuollossa

Työkykyä ylläpitävän toiminnan tavoite on fyysisen kunnon, henkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisten taitojen ylläpitäminen ja palauttaminen. Samalla se auttaa myös ammattitaidon ylläpitämistä. Työterveyshuolto neuvoa ja opastaa maatalousyrittäjää työkykyä ylläpitävän toiminnan toteutumisessa ja sisällyttää työkykyä ylläpitävän toiminnan näkökulman omiin toimenpiteisiinsä. (Työterveyslaitos, maatalousyrittäjien työterveyshuollon keskusyksikkö 2008.)

4.3 Maatalousyrittäjien työterveyshuolto Kauhajoella

Maatalousyrittäjien työterveyshuolto on aloittanut Kauhajoen terveyskeskuksessa 1980-luvulla samaan aikaan muun työterveyshuollon kanssa (Tasanko 2003, 8).

Suomen Euroopan Unioniin liittymisen jälkeen Kauhajoen maatilojen lukumäärä on pudonnut 44 %. Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen tilastojen mukaan Kauhajoella oli kesäkuun lopussa 2009 maatiloja 484 kappaletta. Myel- vakuutettuja maatalousyrittäjiä oli samaan aikaan 695, joista miehiä oli 456 ja naisia 239. Myel-vakuutettujen maatalousyrittäjien keski-ikä Kauhajoella oli 47,3 vuotta. Kauhajokisista maatalousyrittäjistä 221 henkilöä oli liittynyt terveyskeskuksen maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kesäkuussa 2009. Tämä oli 32 % Kauhajoen maatalousyrittäjistä. (Mela 2009, [www-sivut](#).)

Kauhajoen terveyskeskus kuuluu Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymään. Kauhajoen lisäksi siihen kuuluvat Isojoki, Karijoki ja Teuva. Isojoella ja Teuvalla,

kummassakin, yksi työterveyshoitaja tekee maatalousyrittäjien työterveyshuoltoa muun työn ohessa. Karijoella toiminta on alkamassa. (Ala-Kokko-Nevala, 27.11.2009. sähköposti, tiedonanto).

Kauhajoen terveyskeskuksen työterveyshuollossa yksi työterveyshoitaja on hoitanut, muiden työterveyshuollon tehtävien lisäksi, maatalousyrittäjien työterveyshuoltoa. Tarpeen ja resurssien mukaan työfysioterapeutti ja lääkäri ovat osallistuneet myös toimintaan. Työterveyshoitajan kertoman mukaan työaikaa on ollut liian vähän suorittaa tarvittavia tilakäyntejä sekä terveystarkastuksia hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan. Tilakäyntejä on pyritty tekemään yhdestä kahteen viikon aikana. Aktiivinen aika toimia on ollut elokuusta huhtikuulle, koska keväällä toiminta ymmärrettävistä syistä hiljenee. Tänä syksynä työterveyshuoltoon on saatu toinenkin työterveyshoitaja, joka hoitaa jatkossa myös maatalousyrittäjien työterveyshuoltoa. Tämän toivotaan tuovan pientä helpotusta resurssipulaan ja maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuulumattomien maatalousyrittäjien toivotaan liittyvän asiakkaisiksi. (Ala-Kokko-Nevala, 27.11.2009. sähköposti, tiedonanto).

5. TYPILLISIMPIÄ KANSANTERVEYSONGELMIA SUOMESSA

Kansanterveys tarkoittaa koko väestön terveyttä. Viime vuosisadan aikana suomalaisten terveystilanne on parantunut huomattavasti. Esimerkkinä siitä voitaneen mainita murto-osaan vähentynyt lapsikuolleisuus, monet infektiaudit, kuten tuberkuloosi ja polio, ovat kokonaan tai lähes kokonaan voitettu sekä aikaisemmin maailman suurin sepelvaltimokuolleisuus on vähentynyt noin 80 % 1960-luvun tasosta. Samaan aikaan on kuitenkin tapahtunut kehitystä myös huonompaan suuntaan. Etenkin alkoholin kulutus ja lihavuus ovat lisääntyneet ja näihin liittyvät sairaudet ovat yleistyneet räjähdysmäisesti. (Savolainen 2009.)

FINRISKI 2007 – terveystutkimus on Kansanterveyslaitoksen viiden vuoden välein suorittama väestötutkimus. Tammi-maaliskuussa vuonna 2007 tähän tutkimukseen osallistui 6000 suomalaista eri puolilta Suomea. Tutkimuksessa perehdyttiin mm.

elintapoihin ja ravintotottumuksiin sekä seurattiin tutkittavien veriarvoja. Kyseisessä tutkimuksessa selvisi, että suomalaiset lihovat yhä edelleen. Viiden viimeisen vuoden kuluessa miesten paino on noussut keskimäärin 500 grammaa ja naisten keskimäärin 900 grammaa. Myös diabetesta sairastavien määrä on lisääntynyt ja suomalaisten verenpainearvojen suotuisa kehitys on pysähtynyt. Kyseisen tutkimuksen mukaan positiivisena asiana tuli esille se, että suomalaisten veren kolesterolitaso on laskussa ja ihmiset syövät terveellisemmin. Myös kansalaisten tupakointi on laskussa. (Poli-klinikka.fi 2007.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään kansanterveysongelmista sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin, kohonneeseen verensokeriin ja diabetekseen, kohonneeseen veren kolesterolipitoisuuteen, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, ylipainoon ja lihavuuteen, hengityselinten sairauksiin, henkiseen hyvinvointiin sekä tapaturmiin.

5.1 Sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet

Sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkierron häiriöt sekä kohonnut verenpaine ovat suomalaisten yleisimmät sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet. Kansanterveydellisesti kaikilla sydän- ja verenkiertoelinten sairauksilla on edelleen suuri merkitys, sillä noin joka toisella suomalaisella on kuolinsyynä jokin tällainen sairaus. (Reunanen 2005b, 153.)

5.1.1 Sepelvaltimotauti

Valtimoita ahtauttava ateroskleroosi on yleisin syy sydämen sepelvaltimoverenkierron heikkenemiseen ja siitä aiheutuvaan sepelvaltimotautiin. Ateroskleroosi aiheutuu monen tekijän yhteisvaikutuksesta, mutta sen kehittymistä edesauttavista tekijöistä monet kytkeytyvät tavalla tai toisella elämäntapoihin. Eräät tärkeimmistä elintavoista, jotka lisäävät sepelvaltimotautiin sairastumisen vaaraa, ovat tupakointi sekä ravinnon rasvapitoisuus. Sepelvaltimotukoksesta aiheutuva sydänlihaksen kuolio, sydäninfarkti ja sepelvaltimoverenkierron riittämättömyydestä aiheutuva raskas tuntuva puristava kipu, angina pectoris, ovat sepelvaltimotaudin tyypillisimmät ilmenemismuodot.

Sepelvaltimotauti voi ilmetä myös odottamatta oireettomalle henkilölle äkkikuolemana. (Jaatinen & Raudasojä 2007, 71–73; Reunanen 2005b, 153.)

5.1.2 Sydämen vajaatoiminta

Kun sydänlihas ei pysty hoitamaan normaalia tehtäväänsä, pumppaamaan verta valtimoihin riittävästi, puhutaan sydämen vajaatoiminnasta. Kyseessä ei ole erillinen sairaus, vaan useat eri sydänsairaudet voivat sen aiheuttaa. Sydämen vajaatoiminnan yleisimmät aiheuttajat ovat sydäninfarkti sekä kohonnut verenpaine. Oireet riippuvat siitä kummalla puolella sydäntä vajaatoimintaa on. Sydämen vajaatoiminnan riskiä voi jokainen vähentää huomattavasti kiinnittämällä huomiota elintapoihinsa ja ehkäisemällä siten ateroskleroosia ja verenpaineen kohoamista. (Mustajoki 2009.)

5.1.3 Aivoverenkierron häiriöt

Häiriöt aivoverenkierrossa voivat ilmetä joko aivovaltimoverenkierron pysyvänä tai tilapäisenä heikentymisenä tai aivoverenvuotona. Näiden seurauksena ovat erityyppiset aivotoiminnan häiriöt, joista yleisimmät liittyvät tajunnan heikkenemiseen ja halvausoireisiin. (Reunanen 2005b, 158.) Suomessa yleisin aikuisiässä vammaisuutta aiheuttava sairaus on aivoverenkierron häiriöistä johtuva aivohalvaus (Sivenius 2009).

Riskitekijöinä aivoverenkiertohäiriöille ovat mm. sydänsairaudet, kohonnut verenpaine, tupakointi, ylipaino ja liikunnan puute (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2009 [www-sivut](#)).

5.1.4 Kohonnut verenpaine

Yleisin hoidontarvetta aiheuttava verenkiertoelinten sairaus on kohonnut verenpaine ja samalla se on useiden sydän- ja verisuonisairauksien keskeinen vaaratekijä (Jaatinen & Raudasojä 2007, 69; Reunanen 2005b, 159).

Verenpaineen kohoamiseen vaikuttavat elämäntapoihin liittyvät tekijät, mutta myös perimällä voi olla osuutta verenpaineen kohoamiseen. Elämäntapatekijöistä verenpainetta kohottava vaikutus on epäterveellisellä ravinnolla, runsaalla alkoholin käytöllä, liikapainolla, liikunnan vähyydellä sekä erilaisilla psyykkisillä ja sosiaalisilla tekijöillä, esim. stressillä. (Tikkanen & Salomaa 2003, 42.)

5.2 Diabetes

Diabetes, sokeritauti, on elimistön sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Diabetes on krooninen sairaus ja sitä sairastavien määrä kasvaa voimakkaasti. Sairaus jaetaan tavallisimmin kahteen päämuotoon, tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen. (Reunanen 2005a, 222.) Molempien diabetestyyppien syntymisessä on kyse perinnöllisyydestä, mutta tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä elintapojen avulla. Tyypin 1 diabeteksen puhkeamiseen vaikuttavia tekijöitä ei vielä tunneta yhtä hyvin. (Huovinen & Leino 2000, 182.)

Koska tyypin 2 diabeteksen puhkeamisessa on elämäntavoilla suuri merkitys, niin sairauden ehkäisemiseksi on myös selviä keinoja: painonpudotus ja säännöllinen liikunta, rasvan, etenkin kovan eläinrasvan, käytön vähentäminen sekä kuitujen lisääminen ravinnossa (Diabetesliitto 2007, 11). Myös tupakoimattomuus ja kohtuullisuus alkoholin käytössä sekä verenpaineen pysyminen normaaliarvoissa ovat sairastumisen riskejä laskevia tekijöitä. Tyypin 2 diabeteksen ennalta ehkäisyn tulisi olla erityisen tehokasta ylipainoisilla tai, jos suvussa esiintyy tyypin 2 diabetesta. Tyypin 2 diabetekseen liittyy merkittäviä terveydellisiä haittoja, esimerkiksi lisääntynyt sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen riski sekä suurentunut kuolemanvaara. Samalla kun ehkäistään diabetesta, niin ehkäistään myös sydän- ja verisuonitauteja. (Uusitupa 2003a, 223.)

5.3 Kohonnut veren kolesteroli

Kun puhutaan kolesterolistä, suomalaiset osaavat yhdistää käsitteen veren rasva-arvoihin. Kohonnut veren kolesterolipitoisuus on merkittävä sepelvaltimotaudin aihe-

uttaja. Solun rakennusaineena kolesteroli on tarpeellinen. Puhutaan ”hyvästä” ja ”pahaista” kolesterolista. Paha kolesteroli (LDL) kertyy suoniin ja siten paksuntaa suonien seinämiä, hyvä kolesteroli (HDL) puolestaan kuljettaa haitallisia aineita verisuonien seinämistä pois. Kolesterolin, mitä elimistö tarvitsee, se tuottaa itse, mutta kolesterolia saadaan myös ruuasta, lähinnä eläinkunnasta peräisin olevista tuotteista. (Karvinen 2002, 11–15.)

Joidenkin ihmisten elimistö valmistaa kolesterolia enemmän kuin toisten, siten veren kolesterolipitoisuuteen voi vaikuttaa myös perimä. Useimpien suomalaisten kohdalla on kuitenkin kyse ravinnon rasvojen laatusuhteesta. Yleisesti suomalaiset saavat ravinnostaan selvästi liikaa kovaa rasvaa ja vastaavasti liian vähän pehmeitä ja öljymäisiä rasvoja. (Heinonen 2009b, 138.)

Kansallisen FINRISKI 2007-terveystutkimuksen mukaan suomalaisten veren kolesterolipitoisuus on laskussa vuodesta 2002 lähtien ja ihmisten on todettu syövän siltä osin terveellisemmin (Poliklinikka.fi 2007). Maatalousyrittäjien tyydyttyneen rasvan ja kolesterolin saanti on aiemmin ollut muuta väestöä suurempi, mutta nykyisin erot ovat pienentyneet (Pietinen 2005, 74).

Kolesteroliarvoihin voi siis vaikuttaa muuttamalla ruokavalion rasvoja, rajoittamalla kolesterolipitoisten elintarvikkeiden käyttöä, lisäämällä kuidun käyttöä ja laihduttamalla liikakilot. Kolesterolin hallinnassa myös liikunnalla on tärkeä merkitys. Säännöllisellä, itselle sopivalla, aktiivisuudella voi vahvistaa ruokavalion etuja ja liikunta lisää myös HDL- kolesterolin, eli ”hyvän” kolesterolin, määrää veressä. (Karvinen 2002, 31.)

5.4 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Nykyisin lähes miljoonalla suomalaisella on jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus, kyseessä on siis merkittävä kansantautiryhmä (Jaatinen & Raudasoja 2007, 162). Suomen väestön eniten työstä poissaoloon johtava ja yleisimmin kipua aiheuttava pitkäaikaissairauksien ryhmä ovat juuri tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (Heliövaara, Riihimäki & Nissinen 2003, 149).

Tuki- ja liikuntaelimestön sairauksista useimmat esiintyvät maatalouden, teollisuuden sekä rakennus- ja siivousalan ammateissa. Tämä selittyy pitkälti työn kuormittavuudella, käytettävillä työmenetelmillä ja työasunnoilla sekä työliikkeiden toistuvuudella. (Heliövaara, Viikari-Juntura & Alaranta 2003, 26–31.)

Tuki- ja liikuntaelinsairauksista yleisimmät ovat lanneselän kiputilat ja iskiasoireyhtymä, niska- hartiaseudun kiputilat ja oireyhtymät, erilaiset rasitussairaudet sekä nivelrikko (Heliövaara & Riihimäki 2005, (164–170).

Tuki- ja liikuntaelimestön sairauksissa tapahtuu jyrkkä yleistyminen jo keski- iästä lähtien. Tästä syystä näiden sairauksien torjunnassa yhden painopisteen täytyy kohdistua työikäiseen väestöön, työympäristöön ja työelämään kohdistuvissa toimenpiteissä. Tuki- ja liikuntaelimestön terveyttä edistävät myös terveelliset elintavat, sillä riskitekijöinä näille sairauksille tiedetään olevan mm. liikapaino, vähäinen liikunta, tupakointi, stressi sekä tapaturmat. (Heliövaara, Viikari-Juntura & Alaranta 2003, 40–41.)

Tasanko kartoitti vuonna 2003 tuki- ja liikuntaelinoireita Kauhajokelaisilla lypsykarjanhoitajilla. Hänen tutkimuksessa selvisi, että kyseiset oireet olivat varsin yleisiä lypsykarjanhoitajilla. Tutkimuksen mukaan alkavat tuki- ja liikuntaelinvaiat voivat kehittyä myöhemmin työstä suoriutumista estäväksi ja tarvetta on ennaltaehkäisevälle neuvonnalle ja kannustavalle liikunnan harrastamiselle. (Tasanko 2003.)

5.5 Ylipaino ja lihavuus

Huolestuttavan kansanterveysongelman aiheuttavat ylipaino ja lihavuus sekä niistä johtuvat sairaudet. Elintapojen ja yhteiskunnan ammattirakenteen muutokset ovat johtaneet Suomessa, niin kuin muissakin teollistuneissa maissa, lisääntyvään ylipaino-ongelmaan. Voimakkainta lihavuuden lisääntyminen on työikäisen väestön keskuudessa ja siksi työterveyshuollolla on tärkeä rooli lihavuuden torjunnassa. (Utriainen, Sarlio-Lähteenkorva, Aittomäki & Lahelma 2006, 10 ja 35.)

Kansallisen FINRISKI 2007- terveystutkimuksen mukaan suomalaismiehistä vain 33 % on normaalipainoisia, naisista kyseisen tutkimuksen mukaan normaalipainoisia on 48 %. Lihavia, siis henkilöitä joiden painoindeksi on yli 30, oli tutkimuksen mukaan sekä naisissa, että miehissä 20 %. (Poliklinikka.fi 22.11.2007.)

Nykyisin käytetään terveellisen painon määrittämiseksi suhteellista painoa kuvaavaa painoindeksiä BMI (Body Mass Index). Se saadaan jakamalla paino (kg) pituuden neliöllä (m). Normaalipainoiseksi katsotaan henkilö, jonka painoindeksi on välillä 18,5–25, ihanteellisenä tavoitteena pidetään terveellistä painoa eli painoindeksiä 20–25, lievästä lihavuudesta on kyse kun painoindeksi asettuu välille 25–30 ja merkittävästä lihavuudesta puhutaan silloin, kun painoindeksi on yli 30. (Heinonen 2009a, 150–151.)

Haitallisempaa näyttää olevan vyötärön seudulle kertyvä rasva kuin lantion seudulle kerääntyvä rasva. Laihduttaminen on silloin erityisen tärkeää, koska rasvakudos kertyy pääosin vatsaontelon sisälle vatsan alueella. Rasvaa kertyy silloin myös maksaan ja tämä heikentää insuliinin tehoa ja kohottaa veren rasva-arvoja (Heinonen 2009a, 151; Lahti- Koski 2005, 95.)

Monien pitkäaikaissairauksien tärkeä syy on lihavuus. Sairauksia, jotka liittyvät lihavuuteen ovat mm. sepelvaltimotauti, tyypin 2 diabetes, kantavien nivelten nivelrikko ja uniapnea. Eräiden syöpämuotojen vaaraa lihavuus lisää myös. Normaalipainoisia yleisemmin lihavilla esiintyy kohonnutta verenpainetta ja veren rasva- aineenvaihdunnan häiriöitä. (Lahti- Koski 2005, 95.)

Elintavat, perinnölliset tekijät ja ympäristö vaikuttavat ylipainon ja lihavuuden syntyyn. Energiansaannin ylittäessä energiankulutuksen alkaa ylipainoa kertyä. Parasta ylipainon ja lihavuuden hoitoa on ennaltaehkäisy, sillä liikakiloista vapautuminen on hankalaa. (Utriainen ym. 2006, 9.)

5.6 Hengityselinten sairaudet

Hapen saamiseksi ja hiilidioksidin poistamiseksi elimistöstä hengityselinten toiminta

on ihmiselle välttämätöntä. Keuhkosairauksien ennaltaehkäisy on järkevintä hengityselinsairauksien hoitoa. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 92.)

5.6.1 Astma

Lääkehoitoa vaativista pitkäaikaissairauksista astma on toiseksi yleisin verenpaine-taudin jälkeen ja yhtä yleinen sepelvaltimotaudin kanssa. Astma on yleistymässä edelleen, kuitenkin sen aiheuttama yhteiskunnallinen haitta on vähenemässä. Sairaus voi olla lievenemässä, mutta todennäköisesti haitan väheneminen johtuneen paremmasta varhaisdiagnostiikasta ja tehostuneesta hoidosta. Varhainen sairauden hoito on tärkeää sekä astman pahenemisen ehkäisy, ettei keuhkojen toiminta heikkenisi pysyvästi. (Laitinen & Haahtela 2003, 306–311.)

On monia tekijöitä jotka vaikuttavat keuhkoastman syntyyn. Perimä ja allergioihin liittyvät tekijät ovat vaikuttamassa astman kehittymiseen, mutta kaikissa tapauksissa astman syytä ei pystytä selvittämään. Astmaa sairastavan henkilön hoitoon ja kuntoutukseen kuuluu lääkehoidon lisäksi oikean hengitys- ja yskimistekniikan oppiminen. Astmaatikolle on hyväksi liikunta, kuten esimerkiksi uinti ja kävely, jotka soveltuvat hyvin astmaatikolle. Tupakointi ei sovi astmaatikolle. Jos työperäisten altisteiden vähentäminen ei onnistu, on hakeuduttava uusiin työtehtäviin tai koulutauduttava kokonaan uudelle alalle. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 96- 98.)

Tupakoimattomuuden lisäksi yleiskunnosta huolehtiminen ja infektioiden hyvä hoito auttavat astman pahenemisen ehkäisyssä, kuten myös riskialttiiden työtehtävien välttäminen. Myös ilman puhtauteen liittyvät seikat ovat tärkeitä astmaatikolle. (Laitinen & Haahtela 2003, 311.)

5.6.2 Keuhkohtaumatauti (COPD)

Tärkein oire keuhkohtaumataudissa on pysyvä keuhkoputkien ahtauma. Keuhkohtaumataudin esiintyvyys heijastaa tupakointitapoja 20 vuoden viiveellä. Miesten tupakointi on vähenemässä ja se pienentää keuhkohtaumataudin ilmaantuvuutta, mutta

naisten tupakoinnin yleistyminen on taas sitä lisäämässä. Tupakointi on keuhkoah-
taumataudin aiheuttaja ja muilla riskitekijöillä on merkitystä mahdollisesti vain tupa-
kanpolton yhteydessä. (Tukiainen 2003, 316- 317.)

Tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa ratkaisevasti keuhkoah-
taumataudin hoitoon ja
ennusteeseen. Suomessa kuolee vuosittain noin 1000 ihmistä COPD- ryhmän sairauk-
siin, paljon suurempi joukko kärsii sen aiheuttamista oireista sekä toimintakyvyn
puutteesta ja työkyvyttömyydestä. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 100.) Tupakoinnin
lopettamisen jälkeen keuhkojen toiminta heikkenee samaa vauhtia kuin muutenkin
iän mukana, siten tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina, iästä riippumatta. (Tuki-
ainen 2003, 321.)

5.6.3 Allerginen alveoliitti

Keuhkorakkuloiden allerginen sairaus on kyseessä kun puhutaan allergisesta alveoli-
tista. Viljelijöiden homepölykeuhko on yleisin Suomessa esiintyvistä allergisista al-
veoliiteista. Kyseessä on silloin allergisoituminen homeiselle materiaalille, kuten hei-
nälle, oljelle, hakkeelle tai häkkilintujen eritteelle. Tästä aiheutuu tyypillisinä oireina
yskää, hengenahdistusta sekä kuumeilua. Lisäksi oireina esiintyy usein myös lihas- ja
nivelkipuja, päänsärkyä, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta ja painonlaskua. Sairau-
den hoito vaatii sairauslomaa, altistumista uudelleen on vältettävä sekä ehkäistävä
sairauden uusiutumista. Pitkäaikainen ja hoitamaton sairaus voi johtaa keuhkojen
sidekudoistumiseen eli keuhkofibroosiin. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 105.)

5.7 Henkinen hyvinvointi

Tyytyväisyys elämään ja työhön, myönteinen perusasenne ja aktiivisuus,
kohtuullinen paineensietokyky sekä oman itsensä hyväksyminen sisältyvät henkiseen
hyvinvointiin. Henkinen hyvinvointi on kokonaisvaltainen kokemus. Työ, joka vastaa
työntekijän tavoitteita ja ammatillista kykyä, on tärkeä henkisen hyvinvoinnin perus-
ta. Myös työn ja perhe-elämän sovittaminen yhteen on keskeinen tekijä henkisen hy-
vinvoinnin ylläpidossa. (Työterveyslaitos 2009.)

Henkisen hyvinvoinnin ylläpidossa on tärkeää huolehtia päivittäisestä palautumisesta työpäivän jälkeen. Onnistunut palautuminen edistää henkistä hyvinvointia. Palautuminen tapahtuu kun vapaa-ajalla ei tehdä töitä, vaan hankitaan uusia voimavaroja käytettyjen tilalle. Keinoina siihen voi olla levon lisäksi, leppoinen oleskelu, harrastukset ja sosiaalinen toiminta. Toisinaan työn luonne voi estää vapaa-ajalla irti pääsyn työstä ja sen mukanaan tuomista vaatimuksista. Jos palautuminen ei onnistu ja työ ylikuormittaa jatkuvasti, seurauksena on voimien ehtyminen, joka puolestaan johtaa työuupumukseen. Työuupumukselle on ominaista kokonaisvaltainen väsymys, kyyniseksi muuttunut asenne työhön ja heikentynyt ammatillinen itsetunto. (Työterveyslaitos [www-sivut](http://www.sivut) 5.10.2009.)

Käsitteet stressi ja depressio ovat tulleet arkikieleen kuvaamaan yksilön henkisen hyvinvoinnin häiriötiloja. Erilaiset stressioireet ja eriasteinen depressiivisyys ovat väestössä erittäin yleisiä. Niistä seuraavat toimintakyvyn ja elämän laadun heikkeneminen ovat kansanterveydellisesti merkittävää ja ne voivat ennakoida vaikeampien mielenterveyshäiriöiden kehittymistä. Tästä syystä sekä yksilö- että väestötasolla stressin ja depression ehkäisy ennakolta on tärkeää. Huomioitavaa on se, että molempia käsitteitä käytetään myös melko löyhästi, jopa väärällä tavalla. (Lönnqvist 2003, 127.)

Monet asiat askarruttavat maatalousyrittäjien mieltä maataloudessa ja maaseudulla. Tutkimusten mukaan joka viidennellä viljelijällä on henkisen rasituksen oireita. Murrosvaihe maatalouspolitiikassa sekä maaseudun koettu alasajo tuovat murhetta. Tulevaisuus, ja etenkin EU:n säätelemät päätökset ja sen seuraukset ahdistavat. Kasvavien laatuvaatimusten ja eettisen kotieläintalouden toteuttaminen tuntuvat vaikeilta toteuttaa. Tuotannon tehostaminen vaatisi lisäinvestointeja, mutta lainarahoitus ei houkuta, koska se sitoo vuosiksi eteenpäin maatilan rahankäytön. Työtä maataloilla on enemmän kuin maatalousyrittäjät jaksavat tehdä. Sosiaaliset verkostot kapenevat, maaseudulle perinteinen kyläily on muuttumassa kyräilyksi ja vieraanvaraisuus vieraanvastaaisuudeksi. (Härkki-Santala 2001, 8.)

5.7.1 Stressi

Kun on tarpeen selviytyä äkillisestä hankalasta tilanteesta, niin stressi on hyödyllinen ominaisuus. Jos stressitila kuitenkin jatkuu pitkään, se kääntyy elimistöä vastaan ja heikentää ihmisen vastustuskykyä. Elimistön joutuessa olemaan koko ajan valmiudessa, se ikään kuin polttaa itsensä loppuun kehittäen erilaisia stressin synnyttämiä fyysisiä sairausoireita. Näitä oireita ovat mm. koholla oleva verenpaine, närästys, migreenitaipumus sekä rytmihäiriöt. Stressiä yritetään helpottaa monesti epäterveellisellä käyttäytymisellä, kuten esimerkiksi alkoholilla, tupakoinnilla ja rasvaisella ruualla. Oikeasti stressitasoa voidaan kuitenkin lievittää säännöllisellä liikunnalla, harrastuksilla ja hyvillä ystävyyssuhteilla. Tärkeintä olisi kuitenkin korjata stressitasoa nostava tekijä. (Hoitonetti.fi 2009.)

5.7.2 Depressio

Depressiota eli masennusta esiintyy eriasteisena, lievästä masennusoireista vakaviin masennustiloihin asti. Depression keskeinen ominaisuus on mielialan lasku. Depression merkitys kansanterveydellisesti on Suomessa korostunut sen vuoksi, että se on selvästi yleistynyt työkyvyttömyyden perusteena. Väestö kokonaisuudessaan elää lisääntyvän psyykkisen kuormituksen ja muutospaineiden alaisena ja tämä selittää lievämpien depressioiden sekä työstä johtuvan uupumisen lisääntymisen. Lisääntynyt kuolleisuus väkivaltaisten kuolemansyiden, etenkin itsemurhien, osalta liittyvät depressioniin. (Lönnqvist 2003, 127–130.)

5.7.3 Työuupumus

Työuupumuksen takana on lähes aina ylikuormitus. On liikaa työtä, tai työ on tekijälleen liian raskasta. Ei jää tarpeeksi aikaa levolle ja virkistykselle. Ihmisen voimavarat ovat ylittyneet työtilanteen vuoksi. Se, miten ihminen saa tukea ympäristöltään, vaikuttaa myös uupumiseen, siten sosiaalisilla verkostoilla ja ihmissuhteilla on tärkeä merkitys. Työuupumus on kavalaa, se tulee vähitellen kuin huomaamatta. Jos ei kykene tunnistamaan stressin oireistoa, väsymys pääsee kasaantumaan ja pikkuhiljaa

kaikki käy yli voimien. Uupumus nakertaa vähitellen terveyttä ja työkykyä vakavasti. Työuupumus ei myöskään katso ikää, sitä esiintyy niin nuorilla kuin vanhemmillakin henkilöillä. Tärkeää olisi juuri yksilön huomioiminen työuupumisen ehkäisyssä ja hoidossa. Esimerkiksi loma ja liikunta eivät auta kaikkien väsymykseen, vaan olisi löydettävä se henkilökohtainen uupumuksen aiheuttaja. (Mela 4.8.2009)

Vuoden 1997 lopussa Työterveyslaitoksen suorittamassa tutkimuksessa selvitettiin työelämässä olevien jaksamista työssä. Tässä tutkimuksessa todettiin, että työuupumus koskee viljelijöitä ammattiryhmistä eniten. Tutkimusjulkaisussa todettiin, että sekä työuupumuksen kokonaistaso että kaikki sen eri oireet: väsymys, kyynistyneisyys ja omanarvontunteen aleneminen korostuivat maataloudessa. Työuupumuksen taustaa selittää tutkijoiden mukaan viime vuosien yhteiskunnalliset muutokset, turvattomuuden ja epävarmuuden tulo ammattiin. Kun tulevaisuus on epävarmaa ja työltä on häviämässä pohja, niin se lisää kyynisyyttä ja laskee omanarvontuntoa. (Kalimo & Toppinen 1997.) Tämän tutkimuksen jälkeen ei ole tehty yhtä laajaa tutkimusta työuupumisesta eri väestöryhmien kesken.

5.8 Tapaturmat

Tapaturmat käsittävät ne onnettomuudet joista aiheutuu henkilövahinkoja. Niistä aiheutuu inhimillistä kärsimystä, aineellisia vahinkoja ja merkittäviä kustannuksia. Suomessa tapaturmat ovat neljänneksi yleisin kuolinsyy ja merkittävä kansantaloudellinen ongelma. Äärimmäisin seuraus tapaturmasta on kuolema, mutta seurauksia voi olla moninaisia: pysyviä tai väliaikaisia vammoja, työkyvyttömyyttä, elämänlaadun ja terveyden yleistä heikkenemistä, henkistä kärsimystä, ansioiden menetystä ja muita taloudellisia menetyksiä. (Tiirikainen 2009, 10 ja 36.)

On todettu, että tapaturmien esiintyvyydessä on suuria eroja. Tämä kuvaa sitä, että tapaturmiin suhtaudutaan eri tavalla, esimerkiksi ”tekeväälle sattuu” – tyyppinen ajattelu saa aikaan sen, että ennaltaehkäisyyn ei aina uskota. (Antti-Poika ym. 2006, 153.) Vaaratekijöiden tunnistaminen on lähtökohtana tapaturmien ehkäisylle. Vaikuttamalla näihin vaaratekijöihin, syy- ja olosuhdetekijöihin, voidaan pienentää tapaturmaan joutumisen riskiä. (Tiirikainen 2009, 12.)

Työtapaturmista aiheutuva haitta vaihtelee tilapäisestä työkyvyttömyydestä pysyvään työkyvyttömyyteen tai kuolemaan ja ne kohtaavat parhaassa työiässä olevia työntekijöitä. Edelleen on merkittäviä ammattikohtaisia eroja työtapaturmavaaroissa, esimerkiksi maataloustyössä riski on kuusinkertainen turvallisimpiin ammatteihin verrattuna. Tärkeintä työtapaturmissa on ennalta ehkäistä niitä kehittämällä työympäristöä ja turvallista tekniikkaa, parantamalla työn järjestelyjä sekä lisäämällä työpaikan kaikkien työntekijöiden tietoisuutta turvallisista työtavoista ja työmenetelmistä. Työpaikan vakavimpiin vaaroihin tulisi kiinnittää erityishuomiota. (Rantanen & Laitinen 2005, 253–256.)

Työpaikka, missä maatalousyrittäjät tekevät työtään, poikkeaa muista työympäristöistä. Yleensä maatila on samalla kertaa sekä työpaikka että koti. Siksi maatilan työympäristöä ja tapaturmariskin mahdollisuutta pitää arvioida kaikkien tilalla asuvien kannalta. Kaikki työt, koneet ja liikkumisalueet käydään läpi työterveyshuollon tekemällä tilakäynnillä ja samalla arvioidaan niiden tapaturmariskit. (Kinnunen ym. 2007, 26.)

Hiltunen & Hiltunen tutkivat vuonna 2008 maatalousyrittäjien tapaturmia Kiuruvedellä. Tutkimukseen osallistui 108 maatalousyrittäjää. Tutkimuksessa saatiin tulokseksi mm. se että, tutkimukseen osallistuneista maatalousyrittäjistä suuri osa, eli 28 %, kertoi saavansa tietoa juuri työterveyshuollosta tapaturmien ehkäisyssä. Tiedon jakaminen koettiin työterveyshuollon yhdeksi tärkeimmistä tehtävistä. (Hiltunen & Hiltunen 2008, 59.)

6. TERVEYDEN EDISTÄMISEEN VAIKUTTAVAT ELINTAVAT

Monet elintavat jotka liittyvät kansantauteihin, esimerkiksi tupakointi ja eräät ruokattotumukset, ovat kehittyneet pitkällä aikavälillä myönteisesti Suomen työikäisen väestön keskuudessa. On myös elintapoja, esimerkiksi alkoholinkäyttö, jossa tämä myönteinen kehitys ei näy. Elintavoista johtuva ylipainon lisääntyminen on myös huolestuttava ilmiö. (Helakorpi, Paavola, Prättälä & Uutela 2009, 19.)

Terveelliset elintavat on nostettu yhdeksi terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyyn tärkeäksi kulmakiveksi. Terveillä elintavoilla onkin monia tunnettuja hyödyllisiä vaikutuksia terveydelle. Esimerkkinä voidaan mainita kuinka liikunnallisesti aktiivisen, ravitsemuksellisesti kohtuullisen ja terveellisen sekä raittiin ja tupakoimattoman elämäntavan on todettu ennaltaehkäisevän niin sydän- ja verisuonitauteja kuin myös monia muita kansanterveydellisesti merkittäviä sairauksia. (Rouvio 2009.)

Monissa tutkimuksissa sekä käytännössä on osoitettu, että elintavoilla ja terveydellä on kiistaton yhteys. Uusien tutkimusten avulla löydetään kaiken aikaa uutta tietoa sekä onnistutaan tarkentamaan yksityiskohtien tuntemusta ja ymmärtämään asioiden välisiä yhteyksiä. On todettu, että terveellisten elämäntapojen omaksuminen missä iässä tahansa on terveydelle eduksi. Terveyttä edistävän neuvonnan tavoitteena on lisätä tietoa ja motivaatiota terveellisemmän käyttäytymisen ja asenteiden omaksumiseksi. Neuvonnalla pyritään esimerkiksi tupakoinnin lopettamiseen, liikunnan lisäämiseen ja terveellisten ravintotottumusten omaksumiseen. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 12.)

6.1 Ravinto

Ravinnolla on suuri merkitys monien sairauksien kehittymiseen. Siten myös tyypillisten kansanterveysongelmien ehkäisyssä ruokavalio on avainasemassa. Nykyisin tiedetään miten keskeinen merkitys ravinnolla on mm. sydän- ja verisuonitauteihin, kohonneeseen verenpaineeseen, rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin ja tyypin 2 diabetekseen sairastumiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 32–34.) Ravinto vaikuttaa myös tuki- ja liikuntaelimestön sairauksiin ylipainon sekä lihavuuden välityksellä (Pietinen 2005).

Hyvä ravinto edistää terveyttä. Tavoitteita hyvän ja terveellisen ravitsemuksen saavuttamiseksi ovat energian saannin ja kulutuksen tasapainottaminen, tasapainoinen ja riittävä ravintoaineiden saanti, kuitupitoisten hiilihydraattien saannin lisääminen, puhdistettujen sokereiden ja suolan (natrium) saannin vähentäminen, kovan rasvan saannin vähentäminen ja osittainen korvaaminen pehmeillä rasvoilla. Oikeisiin ruo-

kailutottumuksiin yhdistettynä fyysinen aktiivisuus ehkäisee lihavuutta ja edistää terveyttä. (Lahti-Koski 2009.)

Kansallinen FINRISKI 2007 – terveystutkimus osoitti, että suomalaiset syövät aiempaa terveellisemmin, mutta liikaa. Suomalaisten painonnousu on jatkunut ainakin vuodesta 1982 lähtien. Tutkimus osoitti myös sen, että pitkään jatkunut väestön verenpaineen lasku on pysähtynyt. Syynä tähän pidetään väestön lihomista ja lihomisen verenpainetta kohottava vaikutus tunnetaan. Ravinnon muuttumisesta terveellisempään suuntaan kertoo FINRISKI 2007 tutkimuksessa esiin tullut veren kolesterolitason lasku. (Vanhanen 2008.)

6.2 Liikunta

Säännöllinen liikunta säilyttää toimintakykyä ikääntyessä ja vähentää riskiä sairastua tyypillisiin kansansairauksiin. Riittämättömän liikunnan tiedetään olevan yhteydessä moniin sairauksiin. Liikkumattomuuden riskeistä on saatu eniten näyttöä sydän- ja verisuonisairauksien kohdalla. Liikunnan tärkeys korostuu myös silloin kun puhutaan tyyppin 2 diabeteksen ehkäisystä. Liikunta vaikuttaa edullisesti painonhallintaan, mielialaan ja se voi vähentää masennus- ja jännitysoireita. Sairastumisen ja liikkumattomuuden yhteys on osoitettavissa seuraavien riskitekijöiden kautta: ylipaino, heikentynyt glukoosin sieto, kohonnut verenpaine ja veren kohonnut kolesteroliarvo. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008, 30- 32.)

Tuki- ja liikuntaelimestössä liikunnan edulliset vaikutukset ilmenevät monin tavoin. Liikunta hidastaa luun haurastumista aikuisiässä. Tukirangan pehmytkudokset, lihakset, nivelet ja sidekudos hyötyvät myös liikunnasta, koska liikunta vilkastaa lihasten verenkiertoa, kasvattaa lihasvoimaa ja nivelten liikkuvuutta sekä lujittaa jänteitä ja siteitä. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2008, 15.)

Haittoja, jotka johtuvat liian vähäisestä liikunnasta, voidaan vähentää jo reippaalla kävelyllä, Suositus on, että kävellään vähintään puoli tuntia, 5-7 päivänä viikossa.

Vaihtoehtona reippaalle kävelyllä on hengästymiseen ja hikoiluun johtava kuntoliikunta. Tärkeintä on välttää täydellinen liikkumattomuus. (Sydän 20.8.2007.)

Vuonna 2003 Kansanterveyslaitoksen tekemän tutkimuksen mukaan maatalousyrittäjät harrastavat liikuntaa selvästi muita työntekijäryhmiä vähemmän. Siponen tutki vuonna 2006 (liite 1) maatalousyrittäjien tietoja ja uskomuksia liikunnan terveyttä edistävästä vaikutuksesta. Tulosten perusteella edelleen liian moni maatalousyrittäjä jistä ajattelee ruumiillisen työn ylläpitävän fyysistä kuntoa eivätkä he katso liikunnan harrastamista tarpeelliseksi. Kuitenkin monissa tutkimuksissa on osoitettu, että raskas fyysinen työ ei kehitä sydän- ja verenkiertoelimistöä ja lihaskuntaa yhtä tehokkaasti kuten vapaa-ajan liikunta. Siposen mukaan on ymmärrettävää, että raskas fyysinen työ voi alentaa kiinnostusta ja jaksamista liikunnan harrastamiseen. Edelleen Siposen tutkimuksessa kävi selville se, että maatalousyrittäjien liikunnan harrastamisen suurin este oli ajanpuute, mutta myös liikuntapaikkojen puute ja maaseudun huonot kulkuyhteydet. (Siponen 2006, 70- 72.)

Perkiö-Mäkelä totesi tutkimusten jälkeen vuonna 2000 väitöskirjassaan ”Maatalousyrittäjien terveyden ja työkyvyn edistäminen liikunta- ja ergonomianeuvonnalla” (liite 1), että maatalousyrittäjien työterveyshuollon järjestämällä ryhmätoiminnalla, jonka tavoitteena oli tukea ja lisätä liikunnan harrastamista, saatiin hyviä tuloksia. Ryhmiin, joiden toiminta oli liikunta- ja ergonomiapainotteinen, osallistuneiden emäntien vapaa-ajan liikunnan harrastaminen lisääntyi, alavartalon tuki- ja liikuntaelinoireet vähenivät ja fyysinen toimintakyky parani. (Perkiö-Mäkelä 27.10.2000.)

6.3 Alkoholi

Kohtuullisesti käytettynä alkoholi ei ole vaarallista, tutkimusten mukaan sillä on tiettyjä terveysvaikutuksia. Kuitenkin alkoholin haitat ovat kansanterveydelle suuremmat kuin sen hyödyt. Alkoholin liikakäyttö aiheuttaa monia sairauksia ja lyhentää elinikää. (Jaatinen & Rauhasoja 2007, 21–22.)

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että runsaasti alkoholia käyttävillä verenpaine kohoaa. Kohonnut verenpaine lisää taas aivoverenkiertohäiriöiden ja sepelvaltimo-

taudin riskiä. Alkoholin käyttöön liittyy myös lisääntynyt rytmihäiriöiden, sydäninfarktin sekä sydänperäisen äkkikuoleman riski. Alkoholin suurkulutus voi, laajojen tutkimusten mukaan, johtaa myös insuliiniresistenssiin ja diabeteksen kehittymiseen. Alkoholi aiheuttaa sairauksia myös maksassa, haimassa, ruuansulatuskanavassa ja altistaa syöväälle. Myös keskushermosto ja ääreishermosto vaurioituvat runsaan alkoholin käytön seurauksena. (Alko Oy 2001)

Alkoholi lihottaa herkästi suuren energiasisältönsä vuoksi ja alkoholijuomien käyttö voi vaikeuttaa painonhallintaa. Vähentämällä päivittäistä alkoholin käyttöään moni onkin päässyt painonhallinnassa hyvään alkuun. (Ilanne-Parikka 2009a, 207.)

Tapaturmakuolleisuus, itsemurhat ja väkivaltainen käyttäytyminen lisääntyvät alkoholin liikkakäytön myötä (Jaatinen & Raudasoja 2007, 22). Alkoholin aiheuttamina haittoina voidaan mainita vielä unettomuus, hermostuneisuus sekä masennustilat (Huovinen & Leino 2000, 315).

Stakes on Suomessa esittänyt riskirajoiksi alkoholin käytölle miehillä 24 annosta viikossa ja naisilla 14 annosta viikossa. Vastaava riskiraja kertakulutukselle miehillä on 7 annosta ja naisilla 5 annosta (yksi annos vastaa 11 gr. alkoholia = esim. 1 pullo keskiolutta tai 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkevää alkoholijuomaa). Riskirajojen ylittäminen on selvä terveydellinen riski. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 21.)

6.4 Tupakka

Ylivoimaisesti suurin terveyshaitta suomalaisessa yhteiskunnassa on tupakka. Tupakka on myös tärkein keskeisten kansantautien poistettavissa oleva syy. (Huovinen & Leino 2000,369.) Monet tupakoivat siitä huolimatta, vaikka tietävät sen olevan terveydelle vaarallista. Tutkimusten mukaan vuonna 2006 Suomessa 25 % miehistä ja 19 % naisista tupakoi päivittäin. Useimmiten tieto tupakan vaarallisuudesta mielletään yleisellä tasolla eivätkä tupakoitsijat hahmota omasta tupakoinnista olevan todellista vaaraa terveydelleen nyt ja tulevana vuosina. (Ilanne-Parikka 2009b, 207–208.) Suomessa kuolee vuosittain noin 5000 ihmistä tupakkasairauksiin ja joka toinen tupakoitsija kuolee ennenaikaisesti tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Syöpäkuolleisuu-

desta noin 30 % johtuu tupakoinnista. Tupakointi on sydämelle ja verisuonille erityisen haitallista. Tupakan sisältämä nikotiini lisää sydämen sykettä ja nostaa verenpainetta. Tupakka myös supistaa verisuonia ja lisää niiden kalkkeutumista. Aineosat, joita tupakansavu sisältää, saavat verihiutaleet takertumaan toisiinsa ja tämä lisää veritulpan vaaraa. Veritulpan seurauksena voi saada sydäninfarktin, aivohalvauksen tai jalkojen verenkiertohäiriöitä, jotka puolestaan voivat johtaa jalka-amputaatioon. Myös keuhkoputkien ahtaumatauti (COPD) on tupakasta johtuva sairaus. (Ilanne-Parikka 2009b, 208–209.)

Suomalaisten tutkimusten mukaan tupakointi kannattaa lopettaa aina, sillä lopettaminen pienentää sairastumisvaaran lähes tupakoimattomien tasolle jo noin vuoden kuluessa (Huovinen & Leino 2000, 369).

6. 5 Uni ja lepo

Riittävä päivävireys, joka on hyvän yönunen antama, on ihmisen toimintakyvyn perusta. Syyt jotka aiheuttavat uneliaisuutta, väsymystä ja uupumusta ovat hyvin moninaisia. Häiriintynyt uni ja unettomuus liittyvät työuupumukseen, mielialan muutoksiin, lääketieteellisiin ongelmiin, nautintoaineisiin ja varsinaisiin lääketieteellisiin unihäiriöihin. (Hyypä & Kronholm 2005, 89.)

Epäsäännölliset työajat, vuorotyö sekä yötyö aiheuttavat vakavia terveyshaittoja. Sydän- ja verisuonitauteihin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin on todettu olevan yhteyksiä vajaalla yönunella. Näyttöä on myös sille, että lyhyt uni heikentäisi infektioiden vastustuskykyä ja aiheuttaisi lihavuutta sekä diabetesta. Liian vähäinen uni lisää myös työtaturman riskiä. (Tjäder 2008.)

Elämäntavoilla on yhteyttä unenpuutteeseen ja väsyneisyyteen. Työssä oleva kiire ja kova työtahti kuormittavat henkisesti ja tällä voi olla vaikutusta siihen, että nukkuminen häiriintyy. (Hyypä & Kronholm 2005, 89.)

Alkoholin lailla valvominen vaikuttaa suorituskyykyyn. Valvominen yhtäjaksoisesti 17 tunnin ajan vaikuttaa samalla tavalla kuin 0,5 promillen humalatila ja 20 tuntia val-

vomista vastaa jo 1 promillen humalatilaa. Väsymys voi johtaa vakaviin onnettomuuksiin myös esim. liikenteessä. (Tjäder 2008.)

Alkoholi, jo neljän ravintola-annoksen jälkeen, vaikuttaa unenlaatuun negatiivisesti. Alkoholi vaikuttaa syvän unen vaiheeseen vähentämällä sitä ja juuri syvän unen aikana ihmisen lihaksisto pääosin rentoutuu. Liikunta puolestaan lisää syvän unen määrää. (Tjäder 2008.)

7. AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET AIHEESTA

Aikaisempia tutkimuksia maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuudesta terveyden edistämisessä tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa ei ole saatavilla.

Muita maatalousyrittäjien terveyteen ja työkykyyn liittyviä tutkimuksia on tehty. Myös heidän työn terveydellisiä riskejä, työtapaturmariskejä sekä elintapoja on tutkittu. Tutkimuksissa on myös selvitelty maatalousyrittäjien liittymistä työterveyshuollon palveluiden käyttäjäksi sekä heidän tyytyväisyyttä työterveyshuollon tarjoamiin palveluihin. Liitteeseen 1 on koottuna joitain näistä tutkimuksista.

Työterveyslaitoksen toimesta vuonna 2004 suoritettiin melko laaja tutkimus maatalousyrittäjien keskuudessa, Työterveys ja maatalous Suomessa 2004. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida maatalousyrittäjien työtä ja työoloja, henkistä kuormitusta ja koettua terveydentilaa, työ- ja vapaa-ajan tapaturmia sekä maatalousyrittäjien kokemuksia työterveyshuollon toiminnasta. Tutkimukseen tiedot kerättiin puhelinhaastatteluna ja tutkimuksen lopullinen otos oli 2471 henkilöä. Saatuja tuloksia verrattiin vastaavaan tutkimukseen vuodelta 1992, sekä koko suomalaiseen työssäkäyvään väestöön kohdistuvaan Työ ja terveys 2003 tutkimuksen tuloksiin. (Rissanen toim. 2006, 6-8.)

Työterveys ja maatalous Suomessa 2004 tutkimuksessa todettiin maatalousyrittäjien kokevan terveydentilansa ja työkykynsä heikommaksi kuin suomalaiset työssäkäyvät

keskimäärin. Kolme viidestä maatalousyrittäjästä koki terveytensä erittäin tai melko hyväksi. Yleisin työssä haittaava sairausryhmä heillä oli tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja seuraavaksi yleisimpiä olivat hengityselinsairaudet. Maatalousyrittäjät olivat useammin ylipainoisia kuin muu työssäkäyvä väestö. Tuloksien mukaan 60 % vastanneista maatalousyrittäjistä oli ylipainoisia. Kuntoliikunnan harrastaminen oli selvästi vähäisempää. Tupakointi oli vähentynyt maatalousyrittäjillä ja tupakointia, samoin kuin alkoholin nauttimista humalaan asti, esiintyi harvemmin verrattuna työssäkäyviin yleensä. Maatalousyrittäjistä joka kahdeksas tupakoi päivittäin ja alkoholia nautti joka neljäs vähintään kaksi kertaa viikossa. Tutkimuksen mukaan maatalousyrittäjät oireilivat psyykkisesti saman verran kuin vuoden 1992 tutkimuksessakin. Tilastollisesti ainoastaan depressiivisyyttä havaittiin merkitsevästi enemmän vuonna 2004, prosentuaalisesti sitä esiintyi eniten alle 35-vuotiailla naisilla. Henkisen hyvinvoinnin riskitekijöinä olivat alentuneeksi koettu terveydentila sekä terveyskäyttäytymiseen liittyvät seikat esim. tupakointi ja alkoholi. Henkistä hyvinvointia heikensivät myös huonoksi koetut naapurisuhteet ja kielteinen suhtautuminen Euroopan Unioniin. Tapaturmat eivät olleet lisääntyneet. Työterveyshuoltoon oli liittynyt noin puolet vastaajista ja he olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Työterveyshuollon terveystarkastuksiin puolet vastaajista halusi kahden vuoden välein, vuosittaista terveystarkastusta halusi vajaa viidennes. (Rissanen toim. 2006, 76–83.)

Markku Siponen selvitti pro gradu-tutkielmassaan (2006) työkykyisten ja työkyvyttömyyseläkkeelle hakeneiden maatalousyrittäjien liikunta- ja terveyskäyttäytymistä. Elintapojen osalta hänen tutkimuksessaan kävi selville, että vapaa-ajan liikuntaa harrasti päivittäin 7,3 % vastanneista maatalousyrittäjistä ja 44 % harrasti liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Esteenä liikunnan harrastamiselle mainittiin: ajanpuute, sairaus, kaverin puute, kiinnostuksen puute, liikuntapaikkojen puute sekä myös ohjauksen puute. Alkoholia ei käyttänyt kukaan vastaajista päivittäin, mutta 2-3 kertaa viikossa alkoholia nauttivia oli 6,7 % vastaajista. Täysin raittiita oli 15,3 % vastaajista. Päivittäin tupakoivia oli 17,3 % ja he polttivat keskimäärin 14 savuketta päivässä. Yleensä tutkimuksissa tupakoivien maatalousyrittäjien osuus on ollut 10 % luokkaa. Tupakoimattomia tässä tutkimuksessa oli naisista 81,5 % ja miehistä 74 %. Ravintotottumuksista selvisi, että vastaajista 20,5 % käytti tilamaitoa ja aitoa voita laittoja leivälle 13,4 % vastaajista. Päivittäin hedelmiä ja kasviksia käytti noin 25 % vastaajista.

Makeita leivonnaisia söi 6-7 päivänä viikossa 17 % naisista ja miehistä 7,5 %. Siposen tutkimukseen osallistui 151 maatalousyrittäjää. (Siponen 2006.)

Janne Karttunen suoritti vuonna 2002 tutkimuksen laadukkaan vapaa-ajan merkityksestä maidontuottajien työkyvyn ylläpidolle. Kyselyyn osallistui 478 henkilöä. Tulosten mukaan niillä maidontuottajilla joilla oli mielestään sopivasti vapaa-aikaa, oli selvästi parempi työkyky kuin niillä joilla ei ollut mielestään riittävästi vapaa-aikaa. Myös riittävästi nukkuvien työkyky oli parempi. Tutkimuksessa selvisi myös se, että vastaajista miehistä yli 90 % ja naisista vajaat 60 % teki fyysistä maataloustyötä yli kahdeksan tuntia vuorokaudessa neljänä, kuutena, moni seitsemänäkin päivänä viikossa. (Karttunen 2003.)

Anttikoski Tuomas ja Kultalahti Hanna-Maija vuonna 2005 opinnäytetyössään, selvittelivät evijärveläisten maidon- ja naudanlihatuottajien käsityksiä työnsä riskiteijöistä sekä kartoittivat heidän kokemuksiaan ja odotuksiaan työterveyspalveluista. Tutkimukseen osallistui 69 maatalousyrittäjää. Tutkimustuloksena saatiin mm. seuraavia asioita: työterveyshuollon palveluista toivottiin eniten terveystarkastuksia ja yksilöllistä työkyvyn seurantaa. Tutkimukseen osallistuneet pitivät työterveyshuollon palveluita tärkeänä oman terveydentilansa seurannassa. Maatalousyrittäjät kaipasivat säännöllistä yhteydenottoa työterveyshuollosta. Tutkimuksessa ilmeni myös se, että moni vastaajaa oli sitä mieltä, ettei palveluiden järjestämiseen ole riittävästi resursseja. Vastaajilla oli myös jonkin verran väärää tietoa työterveyshuollon palveluista. (Anttikoski & Kultalahti 2005.)

8. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää onko maatalousyrittäjien kokemuksen mukaan maatalousyrittäjien työterveyshuollolla vaikuttavuutta maatalousyrittäjien terveyden edistämisessä tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa. Tutkimuksella haluttiin myös selvittää riittävätkö työterveyshuollon palvelut kyseisissä terveysongel-

missa vastaamaan maatalousyrittäjien kokemia tarpeita terveyden edistämiseksi. Tutkimuksen tarkoituksista johdettiin tutkimusongelmat:

1. Onko maatalousyrittäjien työterveyshuollolla vaikuttavuutta terveyden edistämiseksi elintapa muutoksissa tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa työterveyshuoltoon kuuluvien maatalousyrittäjien kokemana?
2. Kokevatko maatalousyrittäjät saavansa maatalousyrittäjien työterveyshuollosta riittävästi terveyttä edistävää tietoa ja ohjausta tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa?
3. Miten maatalousyrittäjät haluaisivat kehitettävän terveyttä edistävää toimintaa maatalousyrittäjien työterveyshuollossa?

9. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen aihealue alkoi hahmottua helmikuulla 2009. Aihe-seminaari oli huhtikuulla 2009. Tämän jälkeen alkoi teoreettisen osan tietojen etsiminen ja kokoaminen kirjalliseen muotoon. Tutkimussuunnitelma esiteltiin elokuulla 2009 suunnitteluseminaarin yhteydessä. Tutkimuksen aineiston keruu suoritettiin syyskuun 2009 aikana. Tutkimusaineiston analysointi ja tutkimusraportin valmistelu veivät aikaa siten, että opinnäytetyö oli valmiina raportoitavaksi 11.12.2009.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus ja tutkimusstrategiana käytettiin survey-tutkimusta. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Sen avulla voidaan myös selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleensä käytetään standardoituja kyselylomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen aineiston keruussa ja se edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Numeerisia suureita apuna käyttäen asioita kuvataan kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja taulukoiden sekä kuvioiden avulla voidaan tuloksia

havainnollistaa. Tämän tutkimusmenetelmän avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä ja siksi kvantitatiivista tutkimusmenetelmää arvostellaan usein sen pinnallisuudesta. Pinnallisuutta selitetään sillä, että tutkija ei pääse riittävän syvälle tutkittavien maailmaan ja tällöin on vaarana tutkijan tekemät väärät johtopäätökset, etenkin jos tutkimuskohde on hänelle outo. (Heikkilä 2004, 16; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 134–137.)

Tarvittava tieto kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan hankkia erilaisista muiden keräämistä tilastoista, rekistereistä ja tietokannoista tai tiedot kerätään itse. Survey-tutkimukseksi nimitetään suunnitelmallista kysely- tai haastattelututkimusta. Sitä pidetään tehokkaana ja taloudellisena tapana kerätä tietoa ja tutkimuksen aineisto kerätään silloin tutkimuslomaketta käyttäen. (Heikkilä 2004, 18–19.)

9.1 Tutkimuksen perusjoukko ja otanta

Tutkimuksen perusjoukkona oli Kauhajoen terveyskeskuksen maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittyneet maatalousyrittäjät. Tässä opinnäytetyössä käsite maatalousyrittäjä rajattiin koskemaan vain maatilataloutta harjoittavaa päätoimista viljelijää sekä hänen MYEL-vakuutettuja perheenjäseniä, jotka työskentelevät päätoimisesti maatilatalouden parissa. Tästä maatalousyrittäjien perusjoukosta työterveyshoitaja systemaattisessa eli tasavälisessä otannassa poimi tasaisin välein yksiköitä otokseen. Tutkittavien perusjoukko oli aakkosjärjestyksessä ja siitä poimittiin aina joka kymmenes kunnes saatiin kokoon 60 yksikön otos. Ensimmäinen yksikkö valittiin arpomalla ja siitä edettiin systemaattisesti.

Perusjoukko oli tutkittavien ominaisuuksien suhteen satunnaisessa järjestyksessä eli aakkosjärjestyksessä ja otoksen valitsijalla, työterveyshoitajalla, oli etukäteistietoa perusjoukosta. Tästä johtuen päädyttiin tutkimussuunnitelmasta poiketen käyttämään systemaattista otosta.

Tutkimus voi olla kokonaistutkimus, jolloin koko perusjoukko tutkitaan tai osatutkimus eli otantatutkimus, jolloin vain tietty perusjoukon osajoukko eli otos tutkitaan. Otantatutkimukseen päädytään esimerkiksi silloin, jos perusjoukko on suuri, tutkimi-

nen on monimutkaista, tiedot halutaan nopeasti tai koko perusjoukon tutkiminen maksaisi paljon. Otoksen tulee vastata perusjoukkoa tutkittavien ominaisuuksien mukaan. Otoksen edustavuudesta puhutaan silloin kun perusjoukosta valitussa otoksessa on samoja ominaisuuksia ja samassa suhteessa kuin koko perusjoukossa. Myös tutkittavien ominaisuuksien suhteen otoksen on vastattava perusjoukkoa. Otantamenetelmistä systemaattinen otanta on suosittu. Se on nopeasti toteutettavissa ja sitä käytetään etenkin postitse ja puhelimitse tehtävissä tutkimuksissa. (Heikkilä 2004, 33–38.)

9.2 Kyselylomake ja aineistonkeruu

Menetelmänä, jonka avulla aineistoa kerättiin, tässä opinnäytetyössä käytettiin kyselylomaketta. Kyselylomake sisälsi pääosin strukturoituja kysymyksiä ja sekamuotoisia kysymyksiä. Kyselylomakkeessa oli myös avoimia kysymyksiä (Liite 3). Kyselylomake laadittiin teoreettisen taustan avulla ja vain tätä tutkimusta varten. Kyselylomake laadittiin siten, että se antaisi vastaukset tutkimusongelmiin. Kyselylomake sisälsi 21 kysymystä. Kysymyksillä 1–12 selvitettiin tutkittavien taustatietoja. Kysymykset 13, 15, 17–20 kartoittivat maatalousyrittäjien kokemuksia maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuudesta terveyden edistämisessä elintapamuutosten avulla tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa. Kysymyksillä 14 ja 16 selvitettiin maatalousyrittäjien kokemuksia siitä, saavatko he riittävästi terveyttä edistävää tietoa ja ohjausta maatalousyrittäjien työterveyshuollosta tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa sekä elintapojen vaikutuksesta terveyden edistämiseen. Kysymyksen 21 avulla kartoitettiin maatalousyrittäjien toiveita siitä miten he haluaisivat kehitettävän terveyttä edistävää toimintaa maatalousyrittäjien työterveyshuollossa.

Kyselylomake esiteltiin kolmen maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuuluvan maatalousyrittäjän kanssa. Kyseiset maatalousyrittäjät eivät osallistuneet varsinaiseen tutkimukseen. Esitestauksen tarkoituksena oli varmistaa kysymysten ja vastausohjeiden ymmärrettävyys sekä kysymysten tarpeellisuus ja riittävyys. Maatalousyrittäjiltä saatujen palautteiden sekä opinnäytetyön suunnitteluseminaarissa saadun palautteen jälkeen kyselylomake muokattiin lopulliseen muotoonsa. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään yksinkertainen sekä selkeä ja tämän toivottiin tekevän vastaamisen helpommaksi.

Ennen tutkimusaineiston keruuta anottiin tutkimuslupa Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän terveysterveyspalvelujohtaja Kirsti Kähärältä. Tutkimuslupa saatiin kirjallisena 4.9.2009 (Liite 2). Samalla kerralla tehtiin myös kirjallinen sopimus opin- näytetyön tekemisestä. Tutkimusaineisto kerättiin syyskuussa 2009 lähettämällä kyselylomakkeet postitse tutkittaville. Tutkittavien osoitetiedot saatiin Kauhajoen terveysterveyskeskuksen maatalousyrittäjien työterveyshuollosta. Kyselylomakkeen ohessa lähetettiin myös saatekirje sekä palautuskuori. Kyselyyn vastattiin anonymisti. Kyselylomakkeita lähetettäessä harkittiin milloin ne olisi viisainta postittaa ja päädyttiin ajankohtaan syyskuun puolen välin jälkeen. Oletettiin, että silloin maatalousyrittäjien suurimmat ruuhkahuiput sadonkorjuun osalta olisivat ohitse. Tämän toivottiin vähentävän katoa.

Survey- tutkimuksen keskeisenä menetelmänä aineiston keruussa käytetään kyselyä. Etuna kyselytutkimukselle pidetään yleensä sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Menetelmänä kysely on tehokas ja tutkijan aikaa sekä vaivannäköä säästävä. Huolellisesti suunnitellun kyselylomakkeen aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneen avulla. Melko tarkasti pystytään myös arvioimaan kustannukset sekä aikataulu. Heikkouksiakin liittyy kyselytutkimukseen. Tutkija ei pysty varmistamaan ovatko vastaajat pyrkineet olemaan rehellisiä ja huolellisia vastatessaan. Vastaajien väärinymmärryksiä ei myöskään pystytä kontrolloimaan. Itse kyselylomakkeen laatiminen vie aikaa ja vaatii myös tutkijalta tietoa ja taitoa. Joissakin tapauksissa kyselyyn vastaamattomuus, eli kato, voi nousta hyvinkin suureksi. Postikyselynä suoritettavasta tutkimuksesta aiheutuu myös kuluja. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–196.)

9.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Kyselylomakkeita palautettiin 29 kappaletta. Uusintakyselyä ei suoritettu. Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin käymällä läpi kaikki palautetut kyselylomakkeet ja tutkimalla niiden käyttökelpoisuus. Palautetut kyselylomakkeet numeroitiin siinä järjestyksessä kun kirjekuoret avattiin. Kaikki palautetut kyselylomakkeet hyväksyttiin jatkokäsittelyyn. Palautetut kyselylomakkeet eivät tarvinneet tietojen täydennystä,

mikä olisi ollut mahdotonta toteuttaa vastaajien anonymiteetin vuoksi. Tietojen tarkistamisen jälkeen aineisto järjestettiin tiedon tallennusta ja analyysia varten.

Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Aineistosta päästään tekemään päätelmiä usein vasta esitöiden jälkeen empiirisessä tutkimuksessa. Aineiston järjestämisessä ensimmäisenä vaiheena on tietojen tarkistus. Tarkistuksessa huomioidaan sisältyykö aineistoon selviä virheellisyyksiä ja puuttuuko tietoja. Tietojen täydentäminen tulee toisena vaiheena. Täydennystä voidaan suorittaa haastatteluin ja kyselyin dokumentti- ja tilastoaineistoissa. Uusintakyselyllä pyritään lisäämään kyselytutkimuksen kattavuutta. Kolmantena vaiheena on aineiston järjestäminen tiedon tallennusta ja analyysia varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 221–222.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia ja aineisto koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. Aineisto voidaan analysoida selittävään pyrkivällä lähestymistavalla tai ymmärtämiseen pyrkivällä lähestymistavalla. (Hirsjärvi 2009, 221 - 225.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin selittämiseen pyrkivää lähestymistapaa. Strukturoitujen kysymysten vastaukset käsiteltiin selittävään pyrkivällä lähestymistavalla, sillä tulokset analysoitiin tilastollisesti ja niistä tehtiin päätelmiä. Muuttujien ristiintaulukoinnissa ei saatu esille mitään tilastollisesti merkittäviä tuloksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistoja voidaan analysoida tietokonepohjaisten analyysimenetelmien avulla. Näitä ovat erilaiset frekvenssit, prosentit ja tilastolliset analyysit.

Opinnäytetyön tulosten analysoinnissa käytettiin apuna Excel- taulukkolaskentaohjelmaa ja Tixel-tilastointiohjelmaa. Kerätty aineisto koodattiin Excel-taulukko laskenta-ohjelmaan havaintomatriisiksi ja tämän jälkeen tiedot siirrettiin Tixel-tilastointiohjelmaan erilaisten frekvenssien ja prosenttien laskemista varten sekä tutkimusta havainnollistavia graafisten kuvioiden piirtämistä varten. Avoimet kysymykset kvantifioitiin käyttäen apuna sisällönerittelyä.

Sisällönerittelyssä tutkimusaineisto tai sen osa jaetaan havaintoyksiköihin ja yksilöidään numerojärjestykseen. Siten tutkimuksen kohteena ovat tutkimusaineiston sisällölliset ominaisuudet tilastollisesti ilmaistavina, numeerisina, lukuina. (Hirsjärvi ym. 2009, 139.)

9.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyvässä tutkimuksessa noudatetaan hyvä tieteellistä käytäntöä. Käytännössä se tarkoittaa, että tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta menetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. (Vilkkä 2005, 30.) Epärehellisyyttä on vältettävä kaikissa tutkimustyön vaiheissa (Hirsjärvi 2009, 25).

Eettinen ratkaisu on jo tutkimuksen aiheen valinta ja tutkimusongelmien asettaminen, sillä niitä tehtäessä on mietittävä tuottaako tutkimus riittävän merkittävää tietoa yhteiskunnalle. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.)

Tutkimuksen tulee kunnioittaa ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatetta. Tutkimusenteon edun edelle menee aina tutkittavien etu ja hyvinvointi. Tutkittaville koituvia haittoja ja riskejä on pyrittävä kaikin mahdollisin keinoin ehkäisemään. Tutkittavilta pyydetään aina etukäteen suostumus osallistumisesta tutkimukseen. Heidän tulee tietää, että osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkittavien on myös saatava riittävästi tietoa tutkimuksesta, että he voivat perehtyneesti antaa suostumuksensa tutkimukseen osallistumiselleen. Tutkimuksen kohteena olevan organisaation johdon kanssa on sovittava tutkimukseen tarvittavista luvista. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen aihe valikoitui tutkijan oman mielenkiinnon vuoksi ja aihe tuntui läheiseltä sekä ajankohtaiselta. Tutkimuksella uskottiin olevan merkitystä kohdejoukolle ja heidän kautta myös laajemmalle ihmisjoukolle sekä terveydenhuollolle. Tutkimuksen otantaan valikoituneille henkilöille selvitettiin kyselylomakkeen saatekirjeessä tutkimuksen tarkoitus ja vapaaehtoisuus sekä anonymiteetin säilyminen koko tutkimusprosessin ja tutkimusraportoinnin aikana. Tutkittavilla oli myös mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tutkimuksesta tutkijalle sähköpostitse tai puhelimella. Tutkijan yhteystiedot oli merkitty saatekirjeeseen. Palautettu kyselylomake katsottiin tutkittavan suostumukseksi osallistumisesta tutkimukseen. Vastajille kerrottiin myös, että vastauksia tullaan käsittelemään luottamuksellisesti ja niitä hyödynnetään vain tätä tutkimusta varten ja sitten kyselylomakkeet hävitetään asiallisesti. Tutkimus suoritettiin vasta asianmukaisesti saadun tutkimusluvan jälkeen. Koko tutkimusprosessin ajan pyrittiin huomioimaan eettiset seikat jatkuvasti.

Tutkijalle myönnettiin Kauhajoen Kulttuurisäätiön toimesta apurahaa ja sitä käytettiin tämän tutkimuksen toteuttamisesta aiheutuneiden kulujen kattamiseen. Kuluina olivat mm. postitus- ja kopiointikuluja sekä matkakuluja.

Tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa käytetään usein termejä reliäbelius eli tutkimuksen toistettavuus ja validius eli tutkimuksen pätevyys. Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta kuitenkin tulosten luotettavuus voi vaihdella. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Validiutta on syytä aina arvioida kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Vaikka kyselylomakkeisiin saadaan vastaukset, tutkittava on saattanut ymmärtää kysymyksen tai useampia kysymyksiä väärin. Näin ollen tutkijan on tarkasteltava saatuja vastauksia tarkasti ja pohdittava, onko vastaaja ymmärtänyt mitä kysytään. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233.)

Saatujen tulosten yleistettävyyteen kyselytutkimuksessa vaikuttavat otoksen koko, kyselylomakkeen taso, aineiston analyysi sekä tutkittavien vastausmotivaatio. Saatuja vastauksia tulee tulkita kriittisesti käyttäen erilaisia mittareita, että tuloksia voidaan yleistää. Suurimpana haittana kyselytutkimukselle pidetään epävarmuutta vastaajien suhtautumisesta tutkimukseen, vastausvaihtoehtojen puutteellisuutta, vastaajien ehkä vähäistä perehtyneisyyttä tutkittavaan aiheeseen, kyselylomakkeen laatimisen vaikeutta sekä mahdollista katoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–204; Heikkilä 2004, 29–30, 42, 188; Vilka 2005, 161–162.)

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, olivatko vastaajat ymmärtäneet kysytyn. Palautetuista kyselylomakkeista ei jouduttu yhtäkään hylkäämään. Vastausprosentissa ei ylletty aivan 50 %:iin, eli vastausmotivaatio oli lievästi alentunut ja se vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Kyselylomakkeita laadittaessa kiinnitettiin erityisesti huomiota sen selkeyteen ja yksinkertaisuuteen. Vastauksissa ei havaittu ristiriitaisuuksia. Tutkimuksen luotettavuutta haluttiin lisätä kysymällä pääongelmaan vastauksia useammalla kysymyksellä.

Opinnäytetyöhön liittyvällä tutkimuksella saatiin vastaukset kolmeen tutkimusongelmaan. Kyselystä saadut tulokset antavat tämänhetkisen kuvan Kauhajoella maatalo-

usyrityksien kokemana maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuudesta terveyden edistämisestä tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa.

10. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselylomakkeita lähetettiin 60:lle maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittyneelle maatalousyrittäjälle. Määräaikaan mennessä 29 maatalousyrittäjää palautti kyselylomakkeen takaisin opinnäytetyön tekijälle ja vastausprosentiksi tuli 48,3 %.

10.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajien taustatietoja kartoitettiin kysymyksillä 1-12. Vastaajista (n=29) miehiä oli 59 % (n=17) ja naisia oli 41 % (n=12) (Taulukko 1).

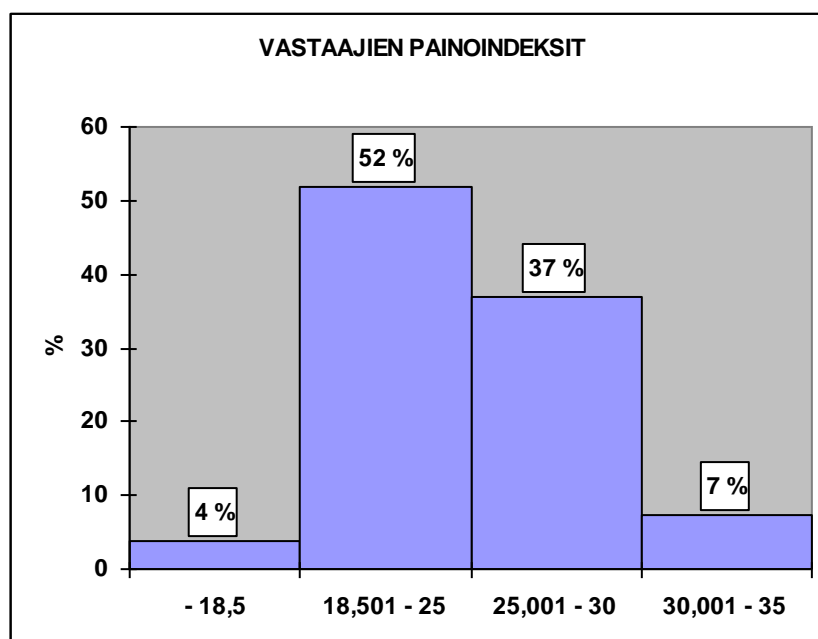
Taulukko 1. Vastaajien sukupuoli (n=29)

sukupuoli	vastaajat	%
mies	17	59
nainen	12	41
Yht.	29	100

Vastaajista nuorin oli iältään 39-vuotias ja vanhin vastaaja oli 61-vuotias. Vastaajista (n= 29) alle 40-vuotiaita oli 3 % (n=1). Yli 60-vuotiaita oli myös 3 % (n=1). Eniten vastaajista oli 40–49-vuotiaita, heitä oli 48 % (n=14) ja 50–59-vuotiaita vastaajia oli lähes yhtä paljon, eli heitä oli 45 % (n=13). Vastaajien iän keskiarvoksi saatiin 48,9 vuotta.

Vastaajien painoindeksi laskettiin ilmoitetun pituuden ja painon mukaan. Pituutensa ja painonsa ilmoittaneista (n=27) 52 % olivat normaalipainoisia (n= 14), lievää lihavuutta oli 37 %:lla vastaajista (n=10) ja merkittävä lihavuus oli painoindeksin mu-

kaan 7 %:lla vastaajista (n=2). Painoindeksiltään alipainoiseksi todettiin 4 % vastaajista (n=1). Kyselyyn vastanneista kaksi ei ilmoittaneet pituuttaan eikä painoaan (Kuvio 1).



Kuvio 1. Vastaajien painoindeksit

Vastaajien painoindeksin keskiarvoksi saatiin 25,37. Matalin painoindeksi oli 18,43 ja korkein oli 32,40. Naisten painoindeksin keskiarvoksi saatiin 23,86, miehillä keskiarvo oli 26,41.

Siviilisäädyltään 90 % (n=26) vastaajista oli naimisissa, avoliitossa oli 7 % (n=2) ja leskiä oli 3 % (n=1).

Vastaajien tilan päätuotantosuunta oli 41 %:lla (n=12) lypsykarjatalous, viljanviljely 21 %:lla (n=6), ja sikatalous 14 %:lla (n=4). Perunanviljelyä, luomutuotantoa ja yhdistettyä muuta nautakarjataloutta sekä perunanviljelyä kutakin oli 7 %:lla (n=2). Muu tuotantosuunta oli 3 %:lla (n=1) vastaajista.

Vastaajista (n=28) 32 % (n=9) oli kuulunut maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon enintään viiden vuoden ajan. Yli 20 vuotta oli kuulunut 4 % (n=1) vastaajista. Yksi vastaaja ei ilmoittanut vuosien lukumäärää jolloin on ollut liittyneenä maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon (Taulukko 2).

Taulukko 2. Vuodet, jotka vastaaja on kuulunut maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon (n=28)

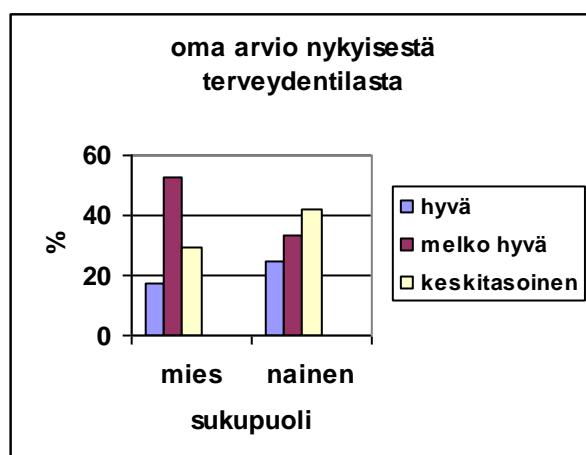
vuosien määrä	vastaajien	
	lukumäärä	%
0 - 5	9	32
6 - 10	4	14
11 - 15	13	46
16 - 20	1	4
21 - 25	1	4
Yht.	28	100

Suurin osa vastaajista arvioi nykyisen terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Näiden vastaajien määrä oli 66 % (n=19). Keskitasoisesti oman nykyisen terveydentilansa arvioi 34 % (n=10) vastaajista. Kukaan ei arvioinut omaa terveyttään huonoksi tai melko huonoksi (Taulukko 3).

Taulukko 3. Oma arvio nykyisestä terveydentilasta

arvio terveydentilasta	vastaajien	
	lukumäärä	%
hyvä	6	21
melko hyvä	13	45
keskitasoinen	10	34
melko huono	0	0
huono	0	0
Yht.	29	100

Verratessa sukupuolen mukaan arviota omasta nykyisestä terveydentilasta, miehistä 19 % ja naisista 25 % arvioi terveytensä hyväksi. Melko hyväksi terveytensä arvioi 56 % miehistä ja 33 % naisista. Keskitasoisesti terveyttään arvioi 25 % miehistä ja 42 % naisista. Kukaan ei arvioinut terveyttään melko huonoksi tai huonoksi (Kuvio 2).



Kuvio 3. Sukupuolen mukaan oma arvio nykyisestä terveydentilasta

Vastaajien (n=29) sairauksia kysyttäessä saatiin selville, että sepelvaltimosairaus oli 3 %:lla (n=1) vastaajista, aivoverenkiertohäiriöitä ei sairastanut kukaan, kohonnut verenpaine oli 7 %:lla (n=2) vastaajista, kohonnut verensokeri tai diabetes oli 3 %:lla (n=1) vastaajista ja kohonnut kolesteroli oli 14 %:lla (n=4) vastaajista.

Jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus oli 38 %:lla (n=11) vastaajista. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet, joita vastaajat sairastivat, olivat: nivelrikko viidellä vastaajalla, iskias ja siitä johtuva selkäkipu sekä vasemman jalan kipu, kulumia lonkissa ja olkapäissä sekä hermopinteet molemmissa ranteista, ristiselän kipua, selän ja lonkan kipua, oikea nilkka kipeä sekä lonkan ja polven kiputila.

Naisista 50 %:lla oli tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia, miehillä vastaava luku oli 29% (Taulukko 4).

Taulukko 4. Tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien esiintyminen prosentteina sukupuolen mukaan

sairaus	mies %	nainen %	Yht.
kyllä	29	50	38
ei	71	50	62
Yht.	100	100	100
N	17	12	29

Hengityselinsairauksia oli 7 %:lla (n=2) vastaajista. Kaikilla heillä sairautena oli astma ja lisäksi allergista nuhaa.

Joitakin muita sairauksia oli 10 %:lla (n=3) vastaajista. Sairauksiksi vastaajat mainitsivat: psorias ja kahdella vastaajista oli kilpirauhasen vajaatoimintaa.

Henkisessä hyvinvoinnissa vastaajilla (n=29) oli vastaushetkellä häiriöitä 45 %:lla vastaajista (n=13). Vastaajilla 31 %:lla (n=9) esiintyi stressiä. Työuupumusta oli 24 %:lla (n=7) vastaajista. Masennusta esiintyi 3 %:lla (n=1) vastaajista.

Vastaajista tupakoi 10 % (n=3) ja keskimääräinen savukemäärä heillä oli seitsemän savuketta vuorokaudessa. Kaikki tupakoitsijat olivat miehiä.

Alkoholia ei käyttänyt ollenkaan 17 % (n=5) vastaajista, satunnaisesti alkoholia käytti 38 % (n=11). Päivittäin alkoholia käytti 3 % (n=1) vastaajista (Taulukko 5).

Taulukko 5. Vastaajien alkoholin käyttö (n=29)

alkoholin käyttö	vastaajien	
	lukumäärä	%
en käytä ollenkaan	5	17
päivittäin	1	3
kerran viikossa	3	10
muutaman kerran viikossa	5	17
kerran pari kuukaudessa	4	14
satunnaisesti	11	38
Yht.	29	100

Sukupuolten välisessä vertailussa naisista oli täysin raittiita 33 % ja miehistä 6 %. Satunnaisesti alkoholia käytti 42 % naisista ja 35 % miehistä. Päivittäin alkoholia käytti 6 % miehistä, naisista kukaan ei käyttänyt alkoholia päivittäin (Taulukko 6).

Taulukko 6. Alkoholin käyttö sukupuolen mukaan (n=29)

alkoholin käyttö	mies %	nainen %	Yht. %
en käytä ollenkaan	6	33	17
päivittäin	6	0	3
kerran viikossa	12	8	10
muutaman kerran viikossa	24	8	17
kerran pari kuukaudessa	18	8	14
satunnaisesti	35	42	38
Yht.	100	100	100
N	17	12	29

Vastaajista (n=20) alkoholia käyttäessään 20 % (n=4) nautti 5-10 annosta kerralla ja muut vastaajat alle 5 annosta.

Naisista ei kukaan kertonut nauttivansa yli viittä annosta kerralla. Miehistä 14 % ylitti seitsemän annoksen rajan kertakulutuksessa.

10.2 Maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuus

Kysyttäessä vastaajilta (n=29) oliko heille annettu terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa maatalousyrittäjien työterveyshuollossa, saatiin seuraavanlaisia tuloksia. Vastaajista 59 % (n=17) oli saanut tietoa ja ohjausta tapaturmista ja niiden ehkäisystä. Verenpaineesta oli annettu tietoa ja ohjausta 48 %:lle (n=14) vastaajista. Veren kolesterolista 45 % (n=13) vastaajista oli saanut terveyttä edistävää tietoa. Vain 24 % (n=7) vastaajista oli saanut terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa sydän- ja verisuonisairauksista (Taulukko 7).

Taulukko 7. Terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa annettu maatalousyrittäjien työterveyshuollosta

terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa	on annettu	ei ole annettu
sydän- ja verisuonisairaudet	24 % (n=7)	76 % (n=22)
hengityselinsairaudet	45 % (n=13)	55 % (n=16)
tuki- ja liikuntaelinsairaudet	34 % (n=10)	66 % (n=19)
verensokeri ja diabetes	28 % (n=8)	72 % (n=21)
verenpaine	48 % (n= 14)	52 % (n=15)
veren kolesteroli	45 % (n=13)	55 % (n=16)
henkinen hyvinvointi	34 % (n=10)	66 % (n=19)
tapaturmat ja niiden ehkäisy	59 % (n=17)	41 % (n=12)
ylipainosta	31 % (n=9)	69 % (n=20)

Vastaajien kokemana maatalousyrittäjien työterveyshuollosta oli annettu tietoa ja ohjausta elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen: ravinnosta 52 %:lle (n=15) vastaajista, liikunnasta 59 %:lle (n=17) vastaajista, alkoholista 17 %:lle (n=5) vastaajista, tupakasta 21 %:lle (n=6) vastaajista sekä unesta ja levosta 41 %:lle (n=12) (Taulukko 8).

Taulukko 8. Maatalousyrittäjien työterveyshuollosta on annettu tietoa ja ohjausta elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen vastaajien kokemuksen mukaan

elintapa	vastaajat joille tietoa ja ohjausta on annettu	vastaajat joille tietoa ja ohjausta ei ole annettu
ravinto	52 % (n=15)	48 % (n=14)
liikunta	59 % (n=17)	41 % (n=12)
alkoholi	17 % (n=5)	83 % (n=24)
tupakka	21 % (n=6)	79 % (n=23)
uni ja lepo	41 % (n=12)	59 % (n=17)

Maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen vastaajista (n=29) oli muuttanut elintapojaan 28 % (n=8).

Elintapamuutoksia oli eniten tapahtunut liikunnassa. Seitsemän vastaajaa niistä, joiden elintavat olivat muuttuneet maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen, olivat lisänneet vapaa-ajan liikuntaa. Aikaa oli yritetty löytää liikkumiseen ja vastaajat kertoivat käyttävänsä liikuntamuotoina mm. lenkkeilyä, pyöräilyä, hiihtoa, voimistelua ja venyttelyä. Yksi vastaaja mainitsi myös aloittaneensa taukovoimistelun. Vastaajat kertoivat esim. näin:

Yritän löytää aikaa liikkumiseen.

Olen yrittänyt löytää aikaa taas myös vapaa-ajan liikuntaan.

Voimistelen ja venyttelen päivittäin.

Kuusi vastaajaa kertoi muuttaneensa ravintotottumuksiaan. Muuttuneita ravintotottumuksia kuvattiin seuraavasti: yksi vastaaja oli aloittanut seuraamaan tarkemmin mitä syö, yksi vastaaja kertoi ruokavalion uusiutuneen kokonaan ylipainon ja kohonneen kolesterolin vuoksi, kolme vastaajaa seurasi tarkemmin ravinnon rasvojen laatua, yksi vastaaja siirtyi vähäkalorisempiin tuotteisiin, yksi vastaaja sanoi kiinnittävänsä huomiota siihen, että syö lounaan päivittäin. Ravintotottumusten muutoksista kirjoitettiin mm. näin:

Kovat kolesterolikeskustelut on käyty ja ruokavalio on laitettu uusiksi n. 4 vuotta sitten, kolesterolini nyt ok ja ylipainokin on kadonnut.

On ruvennut tarkemmin seuraamaan mitä syö (esim. vähärasvaisemmat tuotteet).

Päivällä lounas.

Unen ja levon huomioimiseen oli kiinnittänyt neljä vastaajaa enemmän huomiota maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen. Kaksi vastaajaa kertoi yrittäneensä nukkua riittävän pitkät yöunet. Yksi vastaaja kertoi eläneensä rennommin viime aikoina. Lisäksi yksi vastaaja kiinnitti huomiota työn tauottamiseen sekä 15 minuutin päiväuniin mahdollisuuksien mukaan. Elintapamuutoksistaan vastaajat kirjoittivat esim. näin:

Olen ottanut kuluvaan vuoteen melko rennosti.

6-8 h yöunet, ”taukojumppa”, ”lakisääteiset” taukoetket, 15 minuutin päikkärit jos mahd.

Olen yrittänyt nukkua riittävän pitkät yöunet

Alkoholin ja tupakan suhteen vastaajat eivät tuoneet esiin muutoksia elintavoissaan.

Yksi vastaaja toi esiin elintapamuutoksena, että on noudattanut työturvallisuusasioita. Lisäksi yksi vastaaja kertoi noudattaneensa aina terveitä elintapoja syömällä normaalia kotiruokaa, liikkumalla aktiivisesti, eikä ollut koskaan tupakoinut ja alkoholiakin käytti vain ”konjakkipaukun” verran kun viluttaa. Hän koki, ettei ollut tarvetta muuttaa elintapojaan.

Maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuulumisen oli auttanut vastaajista (n=29) 28 % (n=8) muuttamaan elintapojaan terveellisemmiksi. Enemmistö vastaajista, 41 % (n=12) koki, ettei maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuulumisen ollut auttanut muuttamaan elintapoja terveellisemmiksi. Lisäksi 31 % (n=9) vastaajista ei osannut sanoa, onko maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuulumisen auttanut muuttamaan elintapoja terveellisemmäksi (Taulukko 9).

Taulukko 9. Vastaajien mielipide elintapojen muuttumisesta terveellisemmiksi maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuulumisen aikana

mielipide	vastaajien	
	lukumäärä	%
kyllä	8	28
ei	12	41
en osaa sanoa	9	31

Vastaajat (n=29) kokivat, että 24 % (n=7) vastaajista pystyi paremmin maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen elintapojen avulla huolehtimaan terveydestään sekä edistämään terveyttään (Taulukko 10).

Taulukko 10. Vastaajien kokemus siitä miten pystyvät huolehtimaan sekä edistämään elintapojen avulla terveyttään maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen

mielipide	vastaajien	
	lukumäärä	%
paremmin	7	25
samalla tavalla kuin ennen liittymistä	21	75
huonommin	0	0
Yht.	28	100

10.3 Terveyttä edistävän tiedon ja ohjauksen riittävyys

Vastaajista 72 % (n=21) kokivat saaneensa maatalousyrittäjien työterveyshuollosta riittävästi tietoa tutkimuksessa käsitellyistä kansanterveysongelmista. Enemmän tietoa ja neuvontaa olisi halunnut 28 % (n=8) vastaajista. Tietoa olisi haluttu lisää tuki- ja liikuntaelinsairauksista ja kuntoutusmahdollisuuksista. Myös jaksamisesta yleensä olisi haluttu lisää tietoa. Viisi vastaajaa, jotka olisivat halunneet enemmän tietoa ja neuvontaa eivät kertoneet tarkemmin mitä tietoa olisivat halunneet.

Elintapojen vaikutuksesta terveyteen sekä terveyden edistämiseen koki saaneensa maatalousyrittäjien työterveyshuollosta riittävästi tietoa 66 % (n=19) vastaajista.

Enemmän tietoa ja ohjausta olisi halunnut elintapojen vaikutuksesta terveyteen sekä terveyden edistämiseen 34 % (n=10) vastaajista. Elintapojen osalta olisi haluttu tietoa ja ohjausta enemmän liikunnasta, venyttelystä, unesta ja levosta, ravinnosta ja rentoutumisesta. Yksi vastaaja koki saaneensa hyvin tietoa tapaturmien ehkäisystä ja työergonomiasta, mutta olisi halunnut enemmän tietoa ja ohjausta elintapojen vaikutuksesta terveyteen. Neljä vastaajaa eivät kertoneet mistä asioista olisivat halunneet elintapojen osalta enemmän tietoa ja ohjausta. Esimerkiksi seuraavanlaisia vastauksia saatiin:

Ravinto, liikunta, rentoutuminen, venyttely tms.

Tuki- ja liikuntaelinsair., yleensä jaksamisesta.

Liikunnasta ja uni ja lepo asioista!

Mutten ehkä ole osannut pyytää sitä. Tilakäynnillä on kuitenkin monta muuta asiaa.

Kaikki vastaajat, jotka kokivat nykyisen terveydentilansa hyväksi (n=6) olivat mielestään saaneet maatalousyrittäjien työterveyshuollosta riittävästi tietoa tyypillisimmistä kansanterveysongelmista sekä elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen. Vastaajat jotka kokivat terveytensä melko hyväksi (n=13), oli 69,2 % (n=9) saanut mielestään riittävästi tietoa tyypillisimmistä kansanterveysongelmista sekä elintapojen vaikutuksesta terveyteen. Vastaajista jotka kokivat nykyisen terveydentilansa keskitasoiseksi (n=10), 60 % olisi halunnut enemmän tietoa ja neuvontaa tyypillisimmistä kansanterveysongelmista sekä elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen (Taulukko 11).

Taulukko 11. Koettu oma nykyinen terveydentila ja tiedon sekä ohjauksen saanti maatalousyrittäjien työterveyshuollosta tyypillisimmistä kansanterveysongelmista ja elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen (n= 29)

koettu oma nykyinen terveydentila	saanut riittävästi tietoa tyypillisimmistä kansanterveysongelmista sekä elintapojen vaikutuksesta	olisi halunnut enemmän tietoa ja neuvontaa tyypillisimmistä kansanterveysongelmista sekä elintapojen vaikutuksista
hyvä	100 % (n=6)	
melko hyvä	69,2 % (n=9)	30,8 % (n=4)
keskitasoinen	40 % (n=4)	60 % (n=6)

10.4 Vastaajien toivomuksia ja ideoita maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon

Viimeisessä kysymyksessä vastaajat saivat esittää toivomuksia ja ideoita sellaisista asioista joita heidän mielestään maatalousyrittäjien työterveyshuolto voisi käyttää työssään maatalousyrittäjien terveyden ylläpitämiseksi sekä terveyden edistämiseksi. Eniten toivottiin useammin tapahtuvia terveystarkastuksia, seitsemän vastaajaa mainitsi tästä. Osa heistä toivoi pääsevänsä vuosittain terveystarkastuksiin ja nykyisin he kokivat pääsevänsä liian harvoin maatalousyrittäjien työterveyshuollon suorittamiin

terveystarkastuksiin. Yksi vastaaja mainitsi ymmärtävänsä nykyisen resurssipulan terveydenhuoltoalalla, ettei terveystarkastuksia siksi kyetä tekemään kovin usein. Kaksi vastaajaa toivoi tilakäyntejä nykyistä käytäntöä useammin. Vastaajat kirjoittivat toivomuksistaan mm. näin:

Nykyinen systeemi on oikeastaan aika hyvä. Terveystilanteen tarkistus voisi olla vuosittain.

Kutsu vuosittain työterveystarkastukseen.

Kutsu säännöllisiin terveystarkastuksiin työterveyshuollon puolelta!

Useammin terveystarkastuksia

Pitäisi kutsua säännöllisin väliajoin terveystarkastuksiin

Tilakäynti 10 vuoden välein on liian harvoin. Aktiivisempaa yhteydenottoa.

Neljä vastaajaa toivoi tietoiskuja, lyhytkursseja tai muuta kurssitoimintaa sekä teemailtoja liittyen terveyden edistämiseen ja maatalouteen. Yksi vastaaja toivoi työterveyshuollon järjestämää virkistyspäivää. Vastaajat esittivät toivomuksensa esim.

Tietoiskuja maatalouden alaan liittyvissä tapahtumissa.

Maatalousyrittäjien virkistyspäivät, erilaiset terveyttä edistävät tapahtumat.

Teemailtojen järjestämistä tai lyhytkursseja eri aiheista.

Kolme vastaajaa toivoi yhteisiä liikuntatilaisuuksia. Liikuntatilaisuuksien vuorokauden ajankohdaksi ehdotettiin päivää ja vuodenajoista talvi olisi parempi. Toivottiin lyhyitä liikuntakursseja sekä jumppatuokioita. Myös maatalousyrittäjien omaa liikuntaryhmää toivottiin. Ehdotettiin, että näissä liikuntatapahtumissa opetettaisiin esimerkiksi: venyttelyä, oikeita työtapoja, sauvakävelyä sekä vesijuoksua. Muutamien vastaajien toivomuksia:

Työterveyshuolto voisi järjestää yhteisiä liikuntakursseja maatalousyrittäjille. Ajankohta talvella.

Päivällä pidettäviä ”jumppia” eli liikuntatuokioita (venytyksiä, oikeita työtapoja, sauvakävelyn opettelua tai vesijuoksu harjoittelua) karjatilallisen ilta on niin lyhyt.

Kolmen vastaajan toivomuksena oli yleisen tiedon saanti maatalousyrittäjien työterveyshuollon toiminnasta. Kävi ilmi, että vastaajilla oli epätietoisuutta miten toimia ja kehen ottaa yhteyttä esimerkiksi sairastumistapauksissa. Toivottiin myös aktiivisempaa yhteydenpitoa maatalousyrittäjien työterveyshuollon sekä maatalousyrittäjien välille, se toisi samalla jatkuvuuden tuntua toiminnalle johon on liittynyt. Esille tuli myös toivomus maatalousyrittäjien omasta työterveysasemasta, jossa olisi aina tavoitettavissa työterveyshoitaja tai työterveyslääkäri. Seuraavassa muutama esimerkki toivomuksista:

Huonosti tietoa miten kaikki oikein toimii

Minulle on edelleen epäselvää otanko yhteyttä työterveyshoitajaan vai tk:on sairastuessani. Voiko tth myöntää sairauslomaa?

Toimintaan tulisi saada jatkuvuutta, koska siihen on liittynyt, miten?

Kahden vastaajan mielestä nykyinen systeemi on hyvä ja toimiva, eivätkä he kaivaneet siihen mitään muutoksia.

Ihan hyvä järjestelmä.

11. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää onko maatalousyrittäjien työterveyshuollolla vaikuttavuutta terveyden edistämässä tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa. Tutkimuskohteena oli Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymään kuuluva Kauhajoen terveystieteiden maatalousyrittäjille palveluita tarjoava työterveyshuolto sekä työterveyshuoltoon liittyneet maatalousyrittäjät. Kyselytutkimukseen vastasi 29 maatalousyrittäjää. Tutkimuksen vastausprosentiksi saatiin 48,3 %. Tutkimustuloksia ei voida melko alhaisen vastausprosentin vuoksi yleistää, mutta suuntaa antavia tulosten voidaan todeta olevan.

Opinnäytetyön kolme pääongelmaa koskivat maatalousyrittäjien kokemuksia siitä onko maatalousyrittäjien työterveyshuollolla vaikuttavuutta terveyden edistämässä elintapamuutoksissa tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa ja kokevatko maata-

lousyrittäjät saavansa maatalousyrittäjien työterveyshuollosta riittävästi terveyttä edistävää tietoa ja ohjausta tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa. Haluttiin myös selvittää miten maatalousyrittäjät haluaisivat kehitettävän terveyttä edistävää toimintaa maatalousyrittäjien työterveyshuollossa. Tavoitteena oli saada kokonaiskäsitys maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuudesta maatalousyrittäjien terveyden edistämisessä tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa.

Tutkimuksessa kysyttiin ensin vastaajien taustatietoja joilla oletettiin olevan merkitystä tutkimuksen kannalta. Muuttujien ristiintaulukoinnissa ei saatu kuitenkaan esille mitään tilastollisesti merkitseviä asioita. Taustatietojen avulla saatiin kuitenkin selville, että otos vastasi hyvin perusjoukkoa. Vastaajien ikärakenne vastasi melko hyvin kauhajokelaisten maatalousyrittäjien ikärakennetta. Melan tilastojen mukaan maatalousyrittäjien keski-ikä oli 47,3 vuotta Kauhajoella kesäkuussa 2009. Tämän tutkimuksen vastaajien keski-ikäksi saatiin 48,9 vuotta. Suurin osa vastaajista oli naimisissa, heitä oli 90 %.

Vastaajista eniten oli lypsykarjataloutta harjoittavia maatalousyrittäjiä. Heitä oli 41 % vastaajista. Viljanviljelijöitä oli 21 % ja sikataloutta harjoittavia maatalousyrittäjiä oli 14 %. Muita päätuotantosuuntia oli perunanviljely, luomutuotanto ja yhdistetty muu nautakarjatalous sekä perunanviljely. Suomessa maatilojen päätuotantosuunnista yleisimmät ovat viljanviljely sekä lypsykarjatalous.

Yli puolet vastaajista oli kuulunut maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kymmenen vuotta tai pitempään. Pisin aika oli 21 vuotta, jonka vastaaja oli kuulunut maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon, lyhin aika puolestaan oli kaksi vuotta.

Vastaajista suurin osa, 66 %, arvioi oman terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Keskitasoisena omaa terveyttään piti 34 % vastaajista ja huonoksi tai melko huonoksi ei kokenut terveyttään kukaan. Naiset arvioivat miehiä useammin oman terveytensä keskitasoiseksi ja miehet arvioivat naisia useammin terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Työterveys ja maatalous Suomessa 2004 tutkimuksessa todettiin maatalousyrittäjien kokevan terveydentilansa heikommaksi kuin suomalaiset yleensä ja kolme viidestä maatalousyrittäjästä koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi.

Vastaajien sairauksia kysyttäessä saatiin selville, että eniten esiintyi tuki- ja liikuntaelimistön sairauksia. Niitä sairasti 38 % vastaajista. Naiset kärsivät miehiä useammin tuki- ja liikuntaelimistön sairauksista. Tuki- ja liikuntaelinsairauksista vastaajilla esiintyi eniten nivelrikkoa. Muut mainitut tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet olivat iskias ja siitä johtuva selkäkipu sekä vasemman jalan kipu, kulumia lonkissa ja olkapäissä sekä hermopinteet molemmissa ranteista, ristiselän kipua, selän ja lonkan kipua, oikea nilkka kipeä sekä lonkan ja polven kiputila. Seuraavaksi eniten vastaajilla oli hengityselinsairauksia, niitä esiintyi 7 % vastaajista. Kaikilla heillä oli sairautena astma ja lisäksi allergista nuhaa. Sairauksista esiintyi vielä sepelvaltimosairautta sekä joitain yksittäisiä pitkäaikaissairauksia, kuten esim. kilpirauhasen vajaatoimintaa.

Työterveys ja maatalous Suomessa 2004 tehdyn tutkimuksen mukaan yleisin työssä haittaava sairausryhmä maatalousyrittäjillä oli juuri tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja seuraavaksi yleisimpiä olivat hengityselinsairaudet. Tasanko kartoitti vuonna 2005 Kauhajokelaisilla lypsykarjanhoitajilla esiintyviä tuki- ja liikuntaelimistön sairauksia. Hän totesi niiden olevan varsin yleisiä. Heliövaaran ja Riihimäen mukaan tuki- ja liikuntaelinsairauksista yleisimmät ovat lanneselän kiputilat ja iskiasoireyhtymä, niska- hartiaseudun kiputilat ja oireyhtymät, erilaiset rasitussairaudet sekä nivelrikko.

Vastaajista 10 % ilmoitti tupakoivansa. Tupakoitsijoista kaikki olivat miehiä ja savukkeiden keskimääräinen kulutus heillä oli seitsemän savuketta vuorokaudessa. Alkoholia käytti päivittäin 3 % vastaajista, naisista kukaan ei käyttänyt alkoholia päivittäin. Vastaajista 17 % ei käyttänyt alkoholia ollenkaan. Satunnaisia alkoholin käyttäjiä oli eniten, heitä oli 38 % vastaajista. Stakesin esittämiä riskirajoja alkoholiannosten nauttimisesta viikon aikana ei ylittänyt kukaan vastaajista. Naisista kukaan ei myöskään ylittänyt alkoholia nauttiessaan viiden annoksen kertakulutuksen rajaa. Miehistä 14 % ylitti seitsemän alkoholiannoksen rajan kertakulutuksessa.

Työterveys ja maatalous Suomessa 2004 tutkimuksen mukaan maatalousyrittäjien tupakointi ja alkoholin nauttiminen humalatilaan asti on vähäisempää verrattuna työskäyviin yleensä. Siponen tutkimuksessaan kertoi, että yleensä tutkimuksissa on saatu tuloksia joiden mukaan maatalousyrittäjistä noin 10 % tupakoi, niin kuin tässäkin tutkimuksessa saatiin tulokseksi. Hänen omassa pro gradu- työssä tupakoivia maatalousyrittäjiä oli 17,3 % ja he polttivat 14 savuketta päivässä, puolet vähemmän.

polttivat savukkeita päivässä tämän tutkimuksen tupakoivat maatalousyrittäjät. Siposen tutkimuksessa raittiita maatalousyrittäjiä oli 15,3 %.

Maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuutta selviteltiin kysymällä vastaajilta olivatko he saaneet sieltä terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa. Eniten vastaajat kokivat saaneensa tietoa ja neuvontaa tapaturmista sekä niiden ehkäisystä. Näiden vastaajien määrä oli 59 %. Rantanen & Laitanen (2005) kirjoittivat, että maataloustyössä riski tapaturmiin on kuusinkertainen verrattuna turvallisimpiin ammatteihin. Kinnusen ym. mukaan (2007) työterveyshuollon suorittamalla tilakäynnillä kartoitetaan kaikki mahdolliset tapaturmariskit tilalla. Hiltusen & Hiltusen tekemässä tutkimuksessa (2008), joka koski maatalousyrittäjien työtapaturmia, todettiin tiedon jakamisen tapaturmista ja niiden ehkäisystä työterveyshuollon yhdeksi tärkeimmistä tehtävistä.

Vastaajista 45 % oli saanut tietoa ja ohjausta hengityselinsairauksista. Hengityselinsairaudet ovat maatalousyrittäjien toiseksi yleisin pitkäaikaissairaus tuki- ja liikuntaelinsairauksien jälkeen. Samansuuntainen tulos saatiin tässäkin tutkimuksessa. Tiedon ja ohjauksen merkitys on tärkeää, koska esim. astmaa sairastavalle työperäisten altisteiden vähentäminen maataloustyössä on tärkeää. Tiedon ja ohjauksen avulla voidaan estää myös viljelijöiden homepölykeuhkon syntymistä.

Tässä tutkimuksessa 48 % vastaajista oli saanut terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa verenpaineesta ja 45 % veren kolesterolista. Vastaajien taustatiedoista selvisi, että 14 %:lla oli veren kolesteroli koholla, 7 % vastaajista kärsi kohonneesta verenpaineesta ja 3 % kohonneesta verensokerista tai diabeteksestä. FINRISKI 2007-terveys-tutkimuksen mukaan diabetesta sairastavien määrä on lisääntynyt ja suomalaisten verenpainearvojen suotuista kehitys on pysähtynyt. Positiivisena asiana kyseisessä FINRISKI 2007-terveystutkimuksessa tuli esille suomalaisten veren kolesterolitason lasku ja ihmisten todettiin syövän terveellisemmin. Pietinen on todennut (2005) maatalousyrittäjien tyydyttyneen rasvan ja kolesterolin saannin olleen aiemmin muuta väestöä suurempi, mutta nykyisin erot ovat pienentyneet. Siposen pro gradu-tutkimuksessa maatalousyrittäjien todettiin käyttävän tilamaitoa ja leivän päällä aitoa voita. Eläinkunnan rasvoilla on tärkeä merkitys kolesterolin synnyssä ja tämä voi näkyä maatalousyrittäjien kolesteroliarvoissa. Ohjausta ja neuvontaa siis tarvitaan edel-

leen. Diabetesta sairastavien määrä on kasvussa Suomessa ja tyypin 2 diabeteksen puhkeamisessa on suuri merkitys elintavoilla, tämän tutkimuksen vastaajista 28 % koki saaneensa terveyttä edistävää tietoa ja ohjausta diabeteksestä maatalousyrittäjien työterveyshuollon toimesta.

Henkisestä hyvinvoinnista koki saaneensa tietoa ja ohjausta 34 % vastaajista. Vastaajista 45 % kärsi taustatietojen mukaan vastaushetkellä henkisen hyvinvoinnin yhdestä tai useammasta häiriöstä. Tässä tutkimuksessa tutkittiin henkisen hyvinvoinnin häiriöinä stressiä, työuupumusta ja masennusta. Eniten kärsittiin stressistä, sitä esiintyi 31 %:lla vastaajista. Työuupumusta oli 24 %:lla ja masennusta esiintyi 3 %:lla vastaajista. Aikaisempien tutkimusten mukaan joka viides maatalousyrittäjä kärsii henkisen rasituksen oireista. Vuoden 1997 lopussa Työterveyslaitoksen suorittamassa tutkimuksessa todettiin, että työuupumus koskee ammattiryhmistä viljelijöitä eniten. Tässä tutkimuksessa lähes puolella vastaajista oli jonkin asteisia häiriöitä henkisessä hyvinvoinnissa. Selitys stressiä ja työuupumusta kokevien suureen määrään löytynee ajankohdasta jolloin kysely suoritettiin, kiireinen kesä ja sadonkorjuuaika olivat juuri päättymässä.

Maatalousyrittäjien työterveyshuollosta oli vastaajista 31 % saanut ylipainosta terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa. Vastaajien taustatiedoissa 27 henkilön painoindeksi voitiin laskea ilmoitetun pituuden ja painon mukaan. Yli puolet vastaajista, 52 %, oli normaalipainoisia. Lievästä lihavuudesta kärsi 37 % ja merkitsevästi lihavia oli 7 %. Naisista 36 % oli painoindeksiltään lievästi lihavia, merkitsevästi lihavia naisia ei ollut. Miehistä puolestaan oli lievästi lihavia 38 % ja merkitsevästi lihavia miehiä oli 13 %. Kansallisen FINRISKI 2007-terveystutkimuksen mukaan vain 33 % suomalaismiehistä on normaalipainoisia ja naisista kyseisen tutkimuksen mukaan on normaalipainoisia 48 %. Saman kansallisen tutkimuksen mukaan 20 % sekä miehistä että naisista kärsii merkitsevästä lihavuudesta. Työterveys ja maatalous Suomessa 2004 tutkimuksessa todettiin maatalousyrittäjät useammin ylipainoisiksi verrattuna muihin työssä käyvään väestöön ja 60 % maatalousyrittäjistä oli ylipainoisia. Tässä tutkimuksessa vastanneilla ylipaino ja lihavuus eivät olleet niin suuri ongelma kuin FINRISKI 2007- terveystutkimuksen tulokset sekä Työterveys ja maatalous Suomessa 2004 tutkimuksen tulokset näyttivät. Utraisen ym. mukaan juuri ennaltaehkäisy on parasta ylipainon ja lihavuuden hoitoa.

Noin joka toisen suomalaisen kuolinsyynä on jokin sydän- ja verisuonisairaus. Tässä tutkimuksessa vain 24 % vastaajista koki saaneensa terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa sydän- ja verisuonisairauksista. Tosin verenpaineesta ja veren kolesterolista oli lähes puolet saanut tietoa ja ohjausta ja niillähän on selvä yhteys sydän- ja verisuonisairauksiin. Todellisuudessa siis enemmän kuin 24 % vastaajista oli saanut tietoa ja neuvontaa sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisystä.

Vastaajista suurin osa, 72 %, koki saaneensa riittävästi tietoa niistä tyypillisimmistä kansanterveysongelmista joita tässä opinnäytetyössä käsiteltiin. Kuitenkin 28 % vastaajista olisi halunnut enemmän tietoa ja neuvontaa kyseisistä kansanterveysongelmista. Tietoa olisi haluttu enemmän tuki- ja liikuntaelinsairauksista ja niiden kuntoutusmahdollisuuksista. Myös jaksamisesta yleensä olisi haluttu enemmän tietoa ja neuvontaa. Vastaajien keskuudessa esiintyi eniten juuri tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia ja henkisen hyvinvoinnin häiriöitä johtuen stressistä, työuupumuksesta ja masennuksesta. Osa vastaajista ei kuitenkaan osannut yksilöidä tarkemmin mistä olisivat halunneet enemmän tietoa. Heillä oli kuitenkin tunne, että enemmän tietoa ja neuvontaa olisi tarvittu.

Maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuutta selviteltiin myös kysymällä vastaajien kokemuksia siitä olivatko he saaneet tietoa ja ohjausta elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen. Yli puolet vastaajista koki saaneensa tietoa ja ohjausta ravinnosta ja liikunnasta. Unesta ja levosta oli saanut tietoa ja ohjausta hiukan alle puolet eli 41 % vastaajista. Tupakasta 21 % vastaajista ja alkoholista 17 % vastaajista koki saaneensa tietoa ja ohjausta.

Riittävästi tietoa elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen koki saaneensa 66 % vastaajista. Loput 34 % olisivat kaivanneet lisää tietoa ja ohjausta liikunnasta, venyttelystä, unesta ja levosta, ravinnosta ja rentoutumisesta. Kukaan ei halunnut lisää tietoa ja ohjausta tupakan ja alkoholin vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen.

Vertaillen vastaajien omaa arviointia nykyisestä terveydentilastaan suhteessa kokemukseen siitä onko maatalousyrittäjien työterveyshuollosta annettu riittävästi tietoa ja ohjausta, saatiin mielenkiintoisia tuloksia. Kaikki vastaajat jotka arvioivat nykyisen

terveydentilansa hyväksi, kokivat myös saaneensa riittävästi tietoa tyypillisimmistä kansanterveysongelmista sekä elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen. Melko hyväksi nykyisen terveydentilansa arvioinneista vastaajista lähes 31 % olisi halunnut enemmän tietoa ja neuvontaa tyypillisimmistä kansanterveysongelmista sekä elintapojen vaikutuksista. Niistä vastaajista, jotka arvioivat terveytensä keskitasoiseksi, 60 % olisi halunnut enemmän tietoa sekä kansanterveysongelmista että elintapojen vaikutuksista terveyteen ja terveyden edistämiseen. Mitä huonommaksi oma terveydentila koettiin, sitä enemmän kaivattaisiin tietoa ja ohjausta. Hiltusen & Hiltusen tutkimuksessa (2008) todettiin, että tiedon antaminen on yksi maatalousyrittäjien työterveyshuollon tärkeimmistä tehtävistä.

Maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen 28 % vastaajista oli muuttanut elintapojaan. Eniten oli tehty muutoksia vapaa-ajan liikuntaa lisäämällä. Vastaajat kertoivat, että aikaa on yritetty löytää liikkumiseen ja liikuntamuotoina oli pyöräily, lenkkeily, hiihto, voimistelu ja venyttely. Joku kertoi aloittaneensa myös tauko-voimistelun. Säännöllinen liikunta auttaa säilyttämään toimintakykyä ikääntyessä ja vähentää siten riskiä sairastua tyypillisiin kansansairauksiin esim. sydän- ja verisuonisairauksiin ja diabetekseen. Liikunnalla on yhteys myös painonhallintaan. Tuki- ja liikuntaelimestössä liikunnan edulliset vaikutukset ilmenevät monin tavoin, sillä on myös selvä vaikutus henkiseen hyvinvointiin. Siposen tutkimuksessa korostui se, että maatalousyrittäjät uskoivat työhönsä kuuluvan liikkumisen riittävän ja selityksenä liikkumattomuudelle oli ajan puute sekä pitkät etäisyydet. Tämän tutkimuksen vastaajat olivat löytäneet aikaa vapaa-ajan liikkumiseen ja liikuntalajit olivat sellaisia joita voitiin harrastaa kotipihasta käsin.

Seuraavaksi eniten vastaajat olivat muuttaneet ravintotottumuksia. Ravintotottumuksista eniten oli muutettu ravinnon rasvojen laatua, myös vähäkalorisempiin tuotteisiin oli siirrytty. Yleisesti oli aloitettu seuraamaan mitä syödään ja huolehdittiin, että päivittäin tulee syötyä lounas. Oli myös koko ruokavalio uusittu ja sen avulla saatu paino hallintaan, verenpaine ja kolesteroli myös laskemaan normaalitasolle. Siposen tutkimuksen mukaan maatalousyrittäjien ruokavaliossa oli kovia rasvoja esim. tilamaidon ja aidon voin muodossa, lisäksi kasviksia ja hedelmiä melko vähän ja etenkin naiset suosivat makeita leivonnaisia lähes päivittäin. Ruokavalio on avainasemassa ehkäisytässä tyypillisimpiä kansanterveysongelmia.

Myös unen ja levon suhteen oli myös tehty elintapamuutoksia. Huomioitiin riittävän pitkät yöunet. Tähän oli löydetty yksinkertainen ohje: menemällä aikaisemmin nukkumaan. Joku kertoi myös yleisemmin eläneen rennommin ja joku oli oppinut tauottamaan työtään ja mahdollisuuksien mukaan otettiin pienet päivälevot. Karttunen vuonna 2002 tutkimuksessaan maidontuottajien laadukkaasta vapaa-ajasta totesi, että ne, jotka nukkuvat riittävästi ja joilla on riittävästi vapaa-aikaa omaavat paremman työkyvyn.

Tupakointi oli melko vähäistä vastaajien keskuudessa ja kukaan ei ollut muuttanut sen suhteen elintapojaan. Kuitenkin tupakka on tärkein tyypillisimpien kansantautien poistettavissa oleva syy ja yleisesti se on suurin terveyshaitta suomalaisessa yhteiskunnassa. Siitä huolimatta, tutkimusten mukaan, Suomessa 25 % miehistä ja 19 % naisista tupakoi, vaikka tietävät sen olevan terveydelle vaarallista. Huovinen & Leino (2000) korostavat, että suomalaisten tutkimusten mukaan tupakoinnin lopettaminen kannattaisi aina, koska lopettaminen pienentää tupakoinnista johtuvan sairastumisvaaran lähes tupakoimattomien tasolle jo noin vuoden kuluessa.

Jaatinen ja Raudasoja kirjoittavat (2007) kirjassa *Kansamme taudit*, että kohtuullisesti käytettynä alkoholi ei ole vaarallista, tutkimusten mukaan sillä on terveysvaikutuksia. Yleensä haitat ovat kuitenkin hyötyä suuremmat. Alkoholin käytössä täytyy pitää mielessä Stakesin antamat riskirajat, joiden ylittäminen on selvä terveyshaitta. Myöskään alkoholin suhteen vastaajilla ei ollut tapahtunut elintapamuutoksia maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen. Miehillä esiintyi jonkin verran riskirajan ylitystä kertakulutuksessa.

Vastaajista 28 % sanoi muuttaneensa elintapojaan maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen. Kysyttäessä vastaajilta onko maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuuluminen auttanut muuttamaan elintapoja terveellisemmiksi niin myös siihen 28 % vastasi, että on auttanut. Tässä kohtaa 31 % vastaajista ei osannut sanoa onko maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuulumisesta ollut apua elintapamuutoksissa ja vain alle puolet eli 41 % oli sitä mieltä ettei maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuuluminen ollut auttanut elintapa muutoksissa.

Kysyttäessä vastaajien kokemusta siitä miten he pystyvät omasta mielestään huolehtimaan sekä edistämään terveyttään elintapojen avulla maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen saatiin seuraavanlaisia tuloksia: 25 % sanoi pystyvänsä siihen paremmin, suurin osa eli 75 % sanoi suoriutuvansa siitä samalla tavalla kuin ennen liittymistä.

Edellä käsiteltyjen kaikkien kolmen kysymyksen tavoitteena oli selvittää työterveyshuollon vaikuttavuutta elintapamuutoksiin. Hiukan yli neljännes vastaajista koki maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen ja siihen kuulumisen vaikuttaneen, että elintavat olivat muuttuneet terveellisemmiksi. Samoin neljännes vastaajista koki, että maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen he pystyivät huolehtimaan ja edistämään terveyttään elintapojen avulla paremmin kuin ennen liittymistä. Vastaajista 31 % epäröi sanoa ”kyllä” tai ”ei” kysyttäessä onko maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuuluminen auttanut muuttamaan elintapoja terveellisemmiksi. Tämä kuvastanee sitä vaikeutta mistä Utti ym. kirjoittivat (2007), että työterveyshuollon toiminnassa iso osa vaikutuksista perustuu yhteistyöhön asiakkaiden kanssa, jolloin yksittäisen toimijan panosta ja tulosta ei välttämättä saada erotelluksi.

Vastaajat esittivät käyttökelpoisia ideoita ja toivomuksia joita heidän mielestään maatalousyrittäjien työterveyshuolto voisi käyttää työssään maatalousyrittäjien terveyden ylläpitämiseen sekä edistämiseen. Yleisesti toivottiin eniten, että terveystarkastuksia olisi nykyistä huomattavasti useammin, esitettiin jopa vuosittaista terveystarkastusta. Vastaajilta tuli ymmärrystä nykyiselle terveydenhuollon resurssipulalle, mutta silti koettiin terveystarkastuksiin pääsyn liian vähäiseksi. Anttikoski ja Kultalahti saivat tutkimuksessaan vuonna 2006 evijärveläisiltä maidon- ja lihantuottajilta samansuuntaista palautetta. Sielläkin toivottiin maatalousyrittäjien työterveyshuollosta useammin tapahtuvia terveystarkastuksia ja yksilöllistä terveyden seurantaa. Maatalousyrittäjät kaipasivat säännöllistä yhteydenottoa työterveyshuollosta. Sielläkin vastaajat olivat sitä mieltä, että resurssit eivät riitä palveluiden järjestämiseen.

Maatalousyrittäjien työterveyshuollon toivottiin järjestävän erilaisia tietoiskuja, lyhytkursseja ja muuta kurssitoimintaa sekä erilaisia teemailtoja liittyen terveyden edistämiseen ja maatalouteen. Virkistyspäiväkin tuli toivomuksissa esille.

Liikuntatilaisuuksien järjestämistä myös toivottiin. Huomioitavaa oli ajankohta, jolloin tällaiset tilaisuudet voisi järjestää. Ehdotettiin päiväsaikaan tapahtuvaa toimintaa ja talvea myös tuotiin esille. Toivomuksena oli lyhytkursseja liikunnasta ja jumppatuokioita. Maatalousyrittäjien omaa liikuntaryhmää myös toivottiin. Tällaisessa ryhmässä tai liikunta tapahtumassa voitaisiin opettaa esim. venyttelyä, oikeita työtapoja, sauvakävelyä ja vesijuoksua.

Oli mielenkiintoista huomata koko tutkimuksen ajan kuinka liikunta koettiin vastaajien keskuudessa tärkeäksi. Elintapamuutoksissa juuri liikunnan suhteen oli tapahtunut eniten muutosta ravintotottumusten muutosten kanssa. Toivottiin enemmän tietoa ja ohjausta liikunnan vaikutuksesta terveyteen ja sen edistämiseen ja toivomuksena esitettiin erilaisten liikuntatuokioiden tai liikuntaryhmien järjestämisestä. Aikaisemmissa tutkimuksissa maatalousyrittäjien kuntoliikunta on todettu vähäiseksi ja heillä on ollut käsityksenä, että raskas ruumiillinen työ auttaa pitämään fyysistä kuntoa yllä ja korvaa vapaa-ajan liikunnasta saadun hyödyn terveydelle. Myös liikuntapaikkojen ja ohjauksen puute on tutkimusten mukaan ollut esteenä liikunnan harrastamiselle. Tasanko toi tutkimuksessaan vuonna 2003 esille, että tarvetta on kannustavalle liikunnan harrastamiselle ja sen avulla voidaan ehkäistä tuki- ja liikunta elimistön vaivoja. Perkiö-Mäkelän tutkimuksessa vuonna 2000 todettiin että maatalousyrittäjien työterveyshuollon järjestämällä ryhmätoiminnalla, jonka tavoitteena oli tukea ja lisätä liikunnan harrastamista, saatiin hyviä tuloksia.

Vielä vastaajat esittivät toivomuksena yleisen tiedon saannin maatalousyrittäjien työterveyshuollon toiminnasta. Vastaajilla oli epätietoisuutta toimintakäytännöistä esim. sairastumistapauksissa. Toivottiin myös aktiivisempaa yhteydenpitoa maatalousyrittäjien työterveyshuollon ja maatalousyrittäjien välille, se lisäisi jatkuvuuden tunnetta toimintaan johon on liittynyt. Vastaajissa oli myös sellaisia joiden mielestä toiminta on sujuvaa, eikä kaipaa mitään muutosta. Anttikosken ja Kultalahden tutkimuksessa myös tuli ilmi, että maatalousyrittäjät Evijärvellä kaipasivat säännöllistä yhteydenottoa maatalousyrittäjien työterveyshuollosta. Maatalousyrittäjillä Evijärvellä todettiin myös olevan epätietoisuutta maatalousyrittäjien työterveyshuollon palveluista.

Vastaajien toivomuksissa näkyy työterveyshuollon henkilöstön työajan puute mikä estää hyvän työterveyshuollon käytännön mukaisten tavoitteiden toteutumisen. Hy-

vän työterveyshuoltokäytännön mukaiset tavoitteet eivät ole toteutuneet Suomessa kaikilla maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittyneillä maatalousyrittäjillä. Se näkyy esim. toteutumatta jääneinä terveystarkastuksina sekä työoloselvityksinä.

11.1 Tutkimuksen yhteenveto

Tutkimuksen avulla saatiin käsitys maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuudesta maatalousyrittäjien terveyden edistämisessä tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa. Tutkimuksella selvitettiin myös sitä, riittävätkö maatalousyrittäjien työterveyshuollon palvelut kyseisissä terveysongelmissa vastaamaan maatalousyrittäjien kokemia tarpeita terveyden edistämiseen. Maatalousyrittäjät kokivat saaneensa terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa, mutta 28 % vastaajista olisi halunnut kyseisistä asioista tietoa ja neuvontaa enemmän. Myös siitä, miten elintavoilla on vaikutusta terveyteen ja terveyden edistämiseen oli maatalousyrittäjien työterveyshuollosta annettu tietoa ja ohjausta, silti 34 % vastaajista olisi kaivannut enemmän tietoa ja ohjausta elintapojen vaikutuksesta.

Maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen vastaajista lähes kolmannes oli muuttanut elintapojaan terveellisempään suuntaan. Maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuulumisen oli auttanut vastaajista lähes kolmannesta muuttamaan elintapojaan terveellisemmiksi. Vastaajista neljännes myös koki, että pystyi paremmin maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen elintapojen avulla huolehtimaan terveydestään sekä edistämään terveyttään. Vastaajista reilusti yli puolet koki saaneensa maatalousyrittäjien työterveyshuollosta riittävästi tietoa opinnäytetyössä käsitellyistä kansanterveysongelmista sekä elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen.

Terveyden edistämiseen kohdistuvan terveysneuvonnan vaikuttavuutta ja siten myös tehokkuutta on usein vaikea mitata. Muutokset ohjattavan esimerkiksi terveyskäyttämisyksissä voivat olla tuloksia. Vaikuttavuuden arviointi on työterveyshuollon tulosten tarkastelua suhteessa tuotoksiin, joita ovat toiminnan suoritteet esim. palvelut. Työterveyshuollon vaikuttavuutena voitaisiin pitää sitä muutosta, joka voidaan laskea

työterveyshuollon ansioksi (Antti-Poika, Martimo & Husman 2006, 258; Uitti, Sauni & Leino 2007:123(6):723–730).

Tämän tutkimuksen mukaan maatalousyrittäjien työterveyshuollolla todettiin olevan vaikuttavuutta maatalousyrittäjien terveyden edistämisessä tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa. Vaikuttavuus näkyi positiivisina elintapamuutoksina.

Maatalousyrittäjät toivat myös esille monia toteuttamiskelpoisia terveyttä edistäviä asioita ja ideoita, joita maatalousyrittäjien työterveyshuolto voisi jatkossa harkita käytettäväksi työssään. Esimerkkinä mainittakoon liikuntakurssit ja toimintapäivät.

11.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään näyttöön ja tutkimuksiin perustuvaa tietoa. Pyrittiin myös valitsemaan ajan tasalla olevia kirjallisuuslähteitä sekä sellaista tutkimustietoa jota voidaan pitää tieteellisesti luotettavana.

Tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat tutkimuksessa, vaikka pyritäänkin välttämään virheiden syntymistä. Siksi tehdyn tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan aina kaikissa tutkimuksissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Aina ei saada mittareita ja menetelmiä vastaamaan sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Vastaajat esimerkiksi ovat voineet käsittää kysymykset toisin kuin tutkija on tarkoittanut. (Hirsjärvi ym.2009, 231.) Kyselylomake pyrittiin tekemään tässä opinnäytetyössä vastaajille helposti ymmärrettäväksi ja sopivan mittaiseksi. Kyselylomake esiteltiin ja sitä muokattiin niiden kysymysten kohdalla, joissa ilmeni pientä epäröintiä kysymyksen ymmärtämisessä. Kuitenkaan ei voi tietää ymmärsivätkö vastaajat kysymykset oikein tutkimuksen aikana. Joitakin kysymyksiä olisi voinut esittää toisin ja siten olisi saatu tarkempaa tietoa tutkimusongelmiin.

Avoimiin kysymyksiin vastattiin huonommin. Kuitenkin avoimet kysymykset olisivat kertoneet tarkemmin mitä vastaaja ajattelee. Kuitenkin luotettavuutta voidaan perustella sillä, että kyselyn vastaukset olivat samansuuntaisia keskenään eikä kyselylo-

makkeissa ollut paljon puutteellisuuksia eikä yhtäkään vastattua kyselylomaketta tarvinnut hyljätä. Kyselyn luotettavuutta parantaa se, että tutkimuksen yhtä tutkimusongelmaa kysyttiin kolmella kysymyksellä ja vastaukset olivat yhteneviä. Kyselyn avulla saatiin myös vastaukset kaikkiin tutkimusongelmiin. Tämä myös lisää kyselyn validiutta eli pätevyyttä. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2009, 231).

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Koska aikaisempia vastaavia tutkimustuloksia ei ollut saatavilla, tämän opinnäytetyön tuloksia ei voida verrata muihin tutkimuksiin. Osittain samantapaisten tutkimusten kanssa saatiin yhteneviä tuloksia.

Kyselyn matalahko vastausprosentti, 48,3 %, vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Tuloksia ei voida yleistää koskemaan suurempaa joukkoa, mutta tulokset ovat suuntaa antavia. Kyselyn ajankohta saattoi olla vastaajille epäedullinen, syyskuun loppupuoli, ja tämä lisäsi katoa.

11.3 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyys huomioitiin tässä opinnäytetyössä lähettämällä tutkimuslupapyyntö Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän terveystalouden johtajalle ennen tutkimuksen suorittamista. Tutkimuslupapyyntöön mukana oli tutkimussuunnitelma, jossa oli tiedot opinnäytetyön tarkoituksesta sekä aikataulusta.

Koko tutkimuksen ajan opinnäytetyössä pyrittiin rehellisyyteen ja kunnioittavuuteen vastaajia kohtaan. Tutkimukseen osallistuvat saivat kyselylomakkeen mukana saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Vastaajien luottamuksen säilyttämiseksi kyselyyn vastattiin nimettömänä. Tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota anonymiteetin säilyttämiseen ja suojaamiseen. Palautettuja kyselylomakkeita käytettiin ainoastaan tässä tutkimuksessa ja kyselystä saatuja tietoja ei käytetty muuhun tarkoitukseen. Tulokset myös esitettiin sellaisina kuin ne aineistosta tulivat esille. Kyselylomakkeet

olivat vain opinnäytetyön tekijän käytettävissä. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asiallisesti.

11.4 Ehdotukset jatkotoimenpiteiksi sekä opinnäytetyön hyödyntäminen

Jatkotoimenpiteenä voitaisiin, esim. projektiluonteisesti, maatalousyrittäjille järjestää heidän toivomiaan lyhyitä liikuntakursseja tai muita terveyteen liittyviä lyhytkursseja. Myös terveyteen liittyvien toimintapäivien järjestäminen on jatkotoimenpide-ehdotus. Mielenkiintoista olisi myös selvittää vähäisen vapaa-ajan liikunnan ja maatalousyrittäjillä usein esiintyvien tuki- ja liikuntaelämistön sairauksien välistä yhteyttä.

Tästä opinnäytetyöstä toivotaan olevan hyötyä maatalousyrittäjien työterveyshuollon henkilöstölle sekä tutkimuksen kohderyhmälle, maatalousyrittäjille. Opinnäytetyön avulla maatalousyrittäjien työterveyshuolto saa palautetta tekemästään työstä. Palaute on tärkeää, että työtä maatalousyrittäjien terveyden ylläpitämiseksi ja terveyden edistämiseksi voidaan edelleen kehittää.

Opinnäytetyön kirjoittamisessa on pyritty hyvin selkokieliseen ja yksinkertaiseen esitystapaan. Tämän toivotaan innostavan mahdollisimman monia tutustumaan siihen ja lukemaan sitä. Opinnäytetyö sisältää kaikille tärkeää tietoa terveydestä ja siitä miten me itse omilla valinnoillamme elintapojen suhteen voimme vahvistaa tai heikentää omaa terveyttämme.

LÄHTEET

Aivohalvaus- ja dysfasialiiton sivut [verkkodokumentti]. [Viitattu 30.7.2009]. Saatavissa: <http://www.stroke.fi/index.phtml?s=31>

Ala-Kokko-Nevala, M. Työterveyshoitaja. Tiedonanto Kauhajoen maatalousyrittäjien työterveyshuollon toiminnasta. [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: leena.luoma-halkola@student.samk.fi . Lähetetty 27.11.2009 klo.10.58. [viitattu 28.11.2009].

Alko Oy 2001. Alkoholin käytön vaikutukset elimistöön ja terveyteen [verkkodokumentti]. [Viitattu 30.8.2009]. Saatavissa: [http://www.alko.fi/fi/5FE6D65166FDCB64C22572B30048EF9E/\\$File/Alkoholin_vaikutukset_elimistoon_ja_terveyteen.pdf](http://www.alko.fi/fi/5FE6D65166FDCB64C22572B30048EF9E/$File/Alkoholin_vaikutukset_elimistoon_ja_terveyteen.pdf)

Anttikoski, T. & Kultalahti, H. 2005. Maataloustyön riskitekijät ja työterveyshuoltopalvelut. Kyselytutkimus Evijärven maatalousyrittäjille [verkkodokumentti]. Opin- näytetyö (tiivistelmä). Oulun ammattikorkeakoulu. [Viitattu 30.10.2009]. Saatavissa: https://ep.oamk.fi/pls/kirjasto/opinnayte.kaikki?s_id=2155&s_hakuehdot=&s_vuosi=&s_yksikko=luva

Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) 2006. Työterveyshuolto. Helsinki. Duodecim.

Diabetesliitto. 2007. Tyypin 2 diabetes, opas aikuistyyppin diabeetikolle. Jyväskylä. Suomen diabetesliitto ry.

Hallituksen politiikkaohjelma 5.12.2007. Terveiden edistäminen [verkkodokumentti]. [Viitattu 30.10.2009]. Saatavissa: <http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Heinonen, L. 2009a. Laihduttamisen tarpeellisuus. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne- maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki. Duodecim ja Diabetesliitto, 150–151.

Heinonen, L. 2009b. Rasvan laadun merkitys diabeetikon ruokavaliossa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne- maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki. Duodecim ja Diabetesliitto, 138–141.

Helakorpi, S., Paavola, M., Prättälä, R. & Uutela, A. 2009. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Heliövaara, M. & Riihimäki, H. 2005. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki. Duodecim, 164–171.

Heliövaara, M., Riihimäki, H. & Nissinen, M. 2003. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki. Duodecim, 149–166.

Heliövaara, M., Viikari-Juntura, E. & Alaranta, H. 2003. Tuki- ja liikuntaelimistön sairauksien ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy. Teoksessa Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatría. Helsinki. Duodecim, 26–41.

Hiltunen, J. & Hiltunen, S. 2008. Maatalousyrittäjien tapaturmat Kiuruvedellä. Opin näytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu[verkkodokumentti]. [Viitattu 30.10.2009].

Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4507/Hiltunen_Juha.pdf?sequence=1

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

Hoitonetti.fi. 2009. Stressi [verkkodokumentti]. [Viitattu 31.7.2009]. Saatavissa:

<http://www.hoitonetti.fi/oireet/stressi/>

Hokkanen, J. 2006. Vaikuttavuuden arviointi. PowerPoint-esitys [verkkodokumentti]. [Viitattu 28.7.2009]

Saatavissa: http://www.saunalahti.fi/~yva/yvap2006/hokkanen_joonas.pdf

Huovinen, M. & Leino, U. 2000. Suomen terveellisin kirja. Porvoo. WSOY.

Huttunen, J. & Mustajoki, P. (toim.) 2007. Elämä pelissä. Jyväskylä. Duodecim.

Hyypä, M. T. & Kronholm, E. 2005. Uni ja lepo. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki. Duodecim, 89–94.

Härkki-Santala, M. 2001. Jaksamisen avain. Helsinki. Työterveyslaitos.

Ilanne-Parikka, P. 2009a. Alkoholin käyttö ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki. Duodecim, 206–207.

Ilanne-Parikka, P. 2009b. Diabetes ja tupakointi. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki. Duodecim ja Diabetesliitto, 207–211.

Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2007. Kansamme taudit. 3., uudistettu painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Juutilainen, I. 2004. Työterveyshoitajan käsikirja. Helsinki. Editat.

Kalimo, R & Toppinen, S. 1997. Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä. Helsinki. Työterveyslaitos.

Karttunen, J. 2003. Laadukkaan vapaa-ajan merkitys maidontuottajien työkyvyn ylläpidolle [verkkodokumentti]. Työtehoseuran loppuraportin tiivistelmä. [Viitattu 31.7.2009]. Saatavissa: <http://www.mela.fi/Tyoturvaluus/1375/2003/Laadukkaan-vapaa-ajan-merkitys-maidontuottajien-tyokyvyn-yllapidolle>

Karvinen, M. (toim.) 2002. Kolesterolit. Helsinki. Suomen Apteekkariliitto ja Duodecim.

Kauppinen, T., Hanhela, R., Heikkilä, P., Kasvio, A., Lehtinen, S., Lindström, K., Toikkanen, J. & Tossavainen, A. 2007. Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos. Helsinki.

Kinnunen, B., Mänttälä, J., Pulkkinen-Närhi, P., Siitonen, T., Taattola, K. & Weman, M. 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö maatalousyrittäjien työterveyshuollossa. Helsinki. Työterveyslaitos.

Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti E. 2002. Hoitotyön vuosikirja. Terveysten edistäminen. Helsinki. Tammi.

Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2003. Terveysten edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Teoksessa Koskenvuo K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki. Duodecim, 16- 21.

Koskinen-Ollonqvist, P. & Rouvinen-Wilenius, P. 2009. Terveysten edistäminen ja hyvinvointivajeet [verkkodokumentti]. [Viitattu 20.8.2009]. Terveysten edistämisen keskus. Saatavissa: <http://www.health.fi/timage.php?i=100863&f=1&name=Terveystenedis.pdf>

Koskinen-Ollonqvist, P., Peltö-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. (Toim.) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveysten edistämiseksi. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja 4/ 2005 [verkkodokumentti]. [Viitattu 28.7.2009]. Saatavissa: <http://www.health.fi/timage.php?i=100269&f=1&name=N%E4k%F6kulmia+vaikuttavuusarviointiin.pdf>

L 22.12.2006/1280. Maatalousyrittäjän eläkelaki.

Lahti-Koski, M. 2009. Terveellinen ravinto, sairauksien ehkäisy [verkkodokumentti]. [Viitattu 5.10.2009]. Terveyskirjasto 19.1.2009. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00150

Lahti-Koski, M. 2005. Lihavuus. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisen terveys. Helsinki. Duodecim, 94–98.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, t. & Välimäki, P. 2005. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 4.-5. painos. Helsinki. WSOY.

Laitinen, L. & Haahtela, T. 2003. Astma. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki. Duodecim, 306–315.

Lönnqvist, J. 2003. Stressi ja depressio. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki. Duodecim, 127–135.

Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukala, K. & Husman, K. 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki. Työterveyslaitos.

Mela. Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen sivut [verkkodokumentti]. [Viitattu 9.6.2009]. Saatavissa: <http://www.mela.fi>

Mela. 4.8.2009. Työhyvinvointi [verkkodokumentti]. [Viitattu 4.8.2009]. Saatavissa: http://www.mela.fi/tt-tiedotteet_tyhy/tyouupumus.htm

MTK. Maa- ja metsätaloustuottajain Keskusliitto MTK r. y:n sivut [verkkodokumentti]. [Viitattu 10.6.2009]. Saatavissa: <http://www.mtk.fi>

Mustajoki, P. 2009. Sydämen vajaatoiminta [verkkodokumentti]. Terveyskirjasto. [Viitattu 30.7.2009]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084

Paturi, M. 2008. Terveys 2015 [verkkodokumentti]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 20.3.2008. [Viitattu 30.7.2009]. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suositukset_ja_toimenpideohjelmat/

Pelto-Huikko, A., Karjalainen, K. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2006. Terveiden edistämisen toimintamallit [verkkodokumentti]. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisu 4/2006. [Viitattu 5.10.2009]. Saatavissa: <http://www.health.fi/timage.php?i=100434&f=1&name=Toimintamallit.pdf>

Perkiö- Mäkelä, M. 27.10.2000. Exercise- and ergonomics-focused promotion of health and work ability in farmers` occupational health services [verkkodokumentti]. Väitöskirjan tiivistelmä. Kuopion yliopisto. [Viitattu 4.8.2009]. Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2000/tiedotteet/mperkiomakela.htm>

Perttilä, K. 2006. Terveiden edistäminen käsitteenä ja käytännössä [verkkodokumentti]. Sairaanhoitajalehti 6/2006. [Viitattu 30.7.2009]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4_2006/muut_artikkelit/terveyden_edistaminen_kasitteena

Perttilä, K. 1999. Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämisraportti. Tutkimuksia 103. Kuopion Yliopisto.

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2002. Terveiden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Helsinki. WSOY.

Pietinen, P. 2005. Ruoankäyttö ja ravinnonsaanti. Teoksessa Aromaa, A, Huttunen, J, Koskinen, S & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki. Duodecim, 73–77.

Poliklinikka.fi 2007. Suomi syö terveellisemmin, mutta lihoo yhä [verkkodokumentti]. [Viitattu 30.7.2009]. Saatavissa:

<http://www.poliklinikka.fi/?id=4510786&page=5331684>

Raatikainen, R. 2002. Terveystieteen edistämisen tieteelliset lähtökohdat hoitotieteellisestä näkökulmasta. Teoksessa Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2003, terveyden edistäminen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 9-24.

Rantanen, J & Laitinen, H. 2005. työtaturmat. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki. Duodecim, 253–257.

Reunanen, A. 2005a. Diabetes. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki. Duodecim, 222–225.

Reunanen, A. 2005b. Verenkiertoelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki. Duodecim, 153–163.

Rissanen, P. (toim.) 2006. Työterveys ja maatalous Suomessa 2004. Maatalousympäristön terveydelliset riskit ja niihin vaikuttaminen [verkkodokumentti]. Työterveyslaitos. Kuopio. [Viitattu 10.6.2009]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/08CB677A-E3CB-4BBB-9855-EF19AA660CC8/0/MTH2004.pdf>

Rouvio, S. 2009. Keski-ikä liikunta ja muut terveet elintavat auttavat ehkäisemään dementiaa [verkkodokumentti]. Terveystieteen- ja hyvinvoinnin laitos 2.10.2009. [Viitattu 5.10.2009]. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksikot/kroonisten_tautien_ehkaisyn_yksikko/toiminta-alueet/terve_ikaantuminen/keski-ian_liikunta_ja_muut_terveet_elintavat

Savola, E & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveystieteen edistäminen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä [verkkodokumentti] Terveystieteen edistämisen keskuksen julkaisusarja 3/2005. Helsinki. Terveystieteen edistämisen keskus ry. [Viitattu 30.7.2009]. Saatavissa: http://www.health.fi/timage.php?i=100311&f=1&name=Terveystieteen_edistaminen_esimerkein.pdf

Savola, E, Peltö-Huikko A & Koskinen-Ollonqvist P. 2005. Sata tapaa arvioida terveyden edistämistä. Katsaus terveyden edistämisen arviointitutkimuksiin [verkkodokumentti]. Terveystieteen edistämisen keskuksen julkaisuja 6/05. [Viitattu 30.7.2009]. Saatavissa: <http://www.health.fi/timage.php?i=100296&f=1&name=Sataatapaa.pdf>

Savolainen, M. 2009. Kansanterveyden haasteet, aika toimia [verkkodokumentti] Avoin yliopisto Oulu. [Viitattu 22.8.2009]. Saatavissa: <http://www.kotu.oulu.fi/avoin/yleisluento/arkisto/2009/MSavolainen.html>

Siponen, M. 2006. Työkykyisten ja työkyvyttömyyseläkkeelle hakaneiden maatalousyrittäjien liikunta- ja terveystieteen käyttäytyminen. Jyväskylän yliopisto. Liikuntapedagogiikan pro gradu- tutkielma. [Viitattu 10.6.2009]. Saatavissa:

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9617/URN_NBN_fi_jyu-2006126.pdf?sequence=1

Sivenius, J. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt [verkkodokumentti]. Terveyskirjasto. [Viitattu 30.7.2009]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Terveiden edistäminen[verkkodokumentti]. [Viitattu 15.8.2009]. Sosiaali- ja terveysministeriö 29.4.2009. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikutavuus ja kustannusvaikutavuus [verkkodokumentti]. [Viitattu 5.10.2009] Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3712.pdf&title=Terveyden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikutavuus_ja_kustannusvaikutavuus_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006a. Terveiden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006b. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2001:4. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sydän 20.8.2007. Liikuntapiirakka auttaa hahmottamaan liikuntasuosituksia [verkkodokumentti]. Sydänliiton verkkolehti 20.8.2007. [Viitattu 5.10.2009]. Saatavissa: http://www.pomminpurkajat.fi/lehtiarkisto/uutisarkisto/fi_FI/terveysliikuntasuositus/

Taattola, K., Ojanen, K. & Weman, M. 2007. Tilanne eräillä aloilla. Maa- ja metsätalous. Teoksessa Kauppinen, T., Hanhela, R., Heikkilä, P., Kasvio, A., Lehtinen, S., Lindström, K., Toikkanen, J. & Tossavainen, A. (toim.) 2007. Työ ja terveys Suomessa 2006. Helsinki. Työterveyslaitos, 281–291.

Tasanko, S. 2003. Tuki- ja liikuntaelinoireet kauhajokelaisilla lypsykarjan hoitajilla. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Tiirikainen, K. (toim.) 2009. Tapaturmat Suomessa. Helsinki. Edita.

Tikkanen, M. J. & Salomaa, V. 2003. Sydän- ja verisuonitaudit. Teoksessa Kosken-
vuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki. Duodecim, 40–46.

Tjäder, J. 2008. Elpyminen, uni ja lepo [verkkodokumentti]. Työterveyslaitos. 2.12.2008. [Viitattu 5.10.2008]. Saatavissa:

<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Terveysvinkki/Elpyminen+lepo+uni/>

Torpström, A. & Weman, M. 2007. Työterveyshuolto A B C. Avuksi kunnallisen työterveyshuollon palveluja ja kustannuksia koskevissa kysymyksissä. [verkkodokumentti]. Työterveyslaitos. Maatalousyrittäjien työterveyshuollon keskusyksikkö. Kuopio. [Viitattu 20.6.2009]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/7222A139-AE43-410D-B39B-DABA2044C3E9/0/ABC0707.pdf>.

Tukiainen, P. 2003. Keuhkohtaumatauti (COPD). Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki. Duodecim, 316–322.

Työterveyslaitos www-sivut 5.10.2009. Henkinen hyvinvointi [verkkodokumentti]. [Viitattu 5.10.2009]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Henkinen+hyvinvointi/>

Työterveyslaitos. Maatalousyrittäjien työterveyshuollon keskusyksikkö. 2008. Maatalousyrittäjien työterveyshuolto [verkkodokumentti]. [Viitattu 18.7.2009]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/917D6A5C-B6B9-4E5E-9AB1-97D8F89F6FD9/0/mvth2008.pdf>

Työterveyslaitos. 2009. Maatalousyrittäjien työterveyshuolto [verkkodokumentti]. [Viitattu 15.7.2009]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Maatalous+ja+terveys/Maatalousyrittajien+tyoterveyshuolto>

Uitti, J., Sauni, R. & Leino, T. 2007. Työterveyshuollon vaikuttavuus asiakkaiden näkökulmasta [verkkodokumentti]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2007;123(6):723–730. [Viitattu 5.10.2009]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96356&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Utriainen, I., Sarlio-Lähteenkorva, S., Aittomäki, A. & Lahelma, E. 2006. Lihavuus ja keskivartalolihavuus Helsingin kaupungin henkilöstön keskuudessa. Helsinki. Helsingin kaupungin tietokeskus.

Uusitupa, M. 2003a. Diabetes. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki. Duodecim, 216–224.

Vanhanen, H. 2008. Kansa lihoo edelleen [verkkodokumentti]. Sydän 1/2008. Sydänliiton verkkolehti. [Viitattu 5.10.2009]. Saatavissa: http://www.sydan.fi/lehtiarkisto/sydan_1_08/laakariliite/fi_FI/kansa_lihoo/

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi.

AIKEMPIA TUTKIMUKSIA

LIITE 1.

TEKIJÄ/ TEKIJÄT	TUTKIMUKSEN NIMI JA JULKAISU VUOSI	TUTKIMUKSEN TULOS
Tasanko, S. Jyväskylän ammattikorkeakoulu Fysioterapian koulutusohjelma Opinnäyte	Tuki- ja liikuntaelinoireet Kauhajokelaisilla lypsytiloilla 2003	Oireet varsin yleisiä lypsykarjanhoitajilla. Alkavat tuki- ja liikuntaelin vaivat voivat kehittyä myöhemmin työstä suoriutumista estäväksi ja sairauslomaa aiheuttavaksi. Tarvetta ennalta ehkäisevälle neuvonnalle ja kannustavalle liikunnan harrastamiselle.
Rissanen, P. (toim.) Työterveyslaitos	Työterveys ja maatalous Suomessa 2004 2006	Maatalousyrittäjät kokivat terveydentilansa ja työkykynsä muuta väestöä heikommaksi, olivat useammin ylipainoisia ja harrastivat kuntoliikuntaa vähemmän. Psykkinen oireilu samalla tasolla kuin vuonna 1992 ja merkitsevästi muuta väestöä vähemmän. Yleisin työtä haittaava pitkäaikaissairaus oli tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Työterveyshuoltoon oltiin pääosin tyytyväisiä.
Kalimo, R. & Toppinen, S. Työterveyslaitos	Työuupumus 1997	Työuupumus todettiin odotettuaakin yleisemmäksi suomalaisessa työväestössä. Työuupumuksen yleisyys ja vakavuus korostui mm. maa- ja metsätaloudessa. Vakava-asteista kyynisyyttä oli eniten maa- ja metsätaloudessa sekä julkisessa hallinnossa. Ammatillinen itsetunto oli vakavasti heikentynyt mm. maa- ja metsätaloudessa.
Karttunen, J. Työtehoseura	Laadukkaan vapaa-ajan merkitys maidontuottajien ylläpidolle 2003	Tarve ruumiillisen ja henkisen työkyvyn edistävälle ja vahvistavalle toimenpiteille oli kaikilla, mutta korostui yli 50-vuotiailla naisilla. Riittäväällä levolla

		ja vapaa- ajalla oli tärkeä merkitys maidontuottajien työkyvylle. Kuitenkin 80 % miehistä ja 70 % naisista ilmoitti, ettei ole vapaa-aikaa riittävästi. Niillä, jotka nukkuivat mielestään riittävästi, oli selvästi parempi työkyky. Työterveyshuoltoon liittyneistä sen palveluihin oli hieman alle 70 % erittäin tai melko tyytyväisiä.
Perkiö- Mäkelä, M. Kuopion yliopisto Lääketieteellinen tiedekunta väitöskirja	Exercise- and ergonomics-focused promotion of health and work ability in farmers` occupational health services (Maatalousyrittäjien terveyden ja työkyvyn edistäminen liikunta- ja ergonomianeuvoilla) 2000	Maatalousyrittäjien terveyden ja työkyvyn edistäminen pitää kohdistaa erityisesti tuki- ja liikuntaelinongelmaisiin maatalousyrittäjiin. Yli 34- vuotiaat naiset, pienillä tiloilla työskentelevät, lypsytyötä säännöllisesti tekevät ja masennuksesta kärsivät maatalousyrittäjät kuuluvat pitkäaikaissairastuvuuden, alentuneen työkyvyn ja heikon fyysisen kunnon riskiryhmään.
Siponen, M. Jyväskylän yliopisto Liikuntapedagogiikan pro gradu-tutkielma	Työkykyisten ja työkyvyttömyyseläkkeelle hakeneiden maatalousyrittäjien liikunta- ja terveystyötyminen 2006	Maatalousyrittäjien vapaa-ajan liikunta hienoisessa kasvussa, joskin edelleen jäljessä muun väestön keskiarvosta. Miehet tupakoivat ja käyttivät alkoholia naisia enemmän, sekä söivät epäterveellisemmin. Kahden ryhmän vertailussa liikuntakäyttäytymisessä ei ollut selvää eroa, työkykyiset suhtautuivat positiivisemmin liikunnan mahdollisuuksiin terveyden ja työkyvyn ylläpitämisessä. Miehistä työkykyiset polttivat huomattavasti vähemmän ja söivät terveellisemmin kuin työkyvyttömyyseläkkeelle hakeneet miehet. Alkoholia käyttivät puolestaan työkykyiset

		miehet enemmän. Naisissa selvin ero saatiin painoindeksissä. Työkykyisillä naisilla painoindeksi oli lähellä normaalia, kun taas työkyvyttömyyseläkettä hakeneilla naisilla se kertoi huomattavasta ylipainosta.
--	--	--

TUTKIMUSLUPA

LIITE 2.

Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Syyskuu 2009

Leena Luoma- Halkola
[REDACTED]

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

4.9.2009

Terveyspalvelujohtaja Kirsti Kähärä
Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä
Kauhajoen terveyskeskus
61800 Kauhajoki


Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Porin toimipisteessä hoitotyön koulutusohjelmassa. Tutkintonimikkeeni tulee olemaan terveydenhoitaja (AMK). Aikaisemmin olen suorittanut opistotasaisen terveydenhoitajan tutkinnon.

Opiskeluuni kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Aiheeksi olen valinnut maatalousyrittäjien työterveyshuollon vaikuttavuus terveyden edistämässä tyypillisimmissä kansanterveysongelmissa.

Anon kohteliaimmin tutkimuslupaa suorittaa opinnäytetyön empiirisen osuuden aineiston keruun Kauhajoen terveyskeskuksen työterveyshuoltoon kuuluvilta maatalousyrittäjiltä. Kyselylomakkeet lähetettäisiin 60 maatalousyrittäjälle satunnaisotoksena. Maatalousyrittäjät vastaisivat kyselyyn nimettöminä, tutkimukseen osallistuminen olisi vapaaehtoista. Kyselylomakkeella saatuja tietoja käytetään vain tämän opinnäytetyön toteuttamiseen. Saatu aineisto ja tulokset tullaan käsittelemään luottamuksellisesti.

Opinnäytetyöni ohjaajana on terveydenhuollon lehtori, TtL, Ritva Kangassalo. Hänen yhteystietonsa ovat, sähköposti: [REDACTED]
puh [REDACTED]

Yhteistyöstä kiittäen


Leena Luoma- Halkola

Kauhajoki.....^{4.9}.....2009


Kirsti Kähärä

TUTKIMUSLUPA

HYVÄKSYTTY...^X.....

HYLÄTTY.....

LIITTEET: Tutkimussuunnitelma
Kyselylomake

KYSELYLOMAKE JA SAATEKIRJE

LIITE 3.

SYKSYINEN TERVEHDYS SINULLE MAATALOUSYRITTÄJÄ!

Kesä alkaa olla loppuillaan, mutta maatalousyrittäjillä on vielä kiireitä sadonkorjuun valmiiksi saattamiseksi. Toivon kuitenkin, että pysähdyt hetkiseksi lukemaan tätä kirjettä, sillä se koskettaa juuri sinua.

Olen maatilän emäntä ja terveydenhoitaja. Kannan sinun laillasi huolta maatalousyrittäjien tulevaisuudesta ja jaksamisesta alati muuttuvan maatalouspolitiikan keskellä. Voimia täytyisi kuitenkin löytyä vielä itsestä huolehtimiseen, sillä juuri maatalousyrittäjä itse on yrityksensä kallein ja tärkein voimavara.

Opiskelen täällä hetkellä Satakunnan ammattikorkeakoulussa päivittääkseni terveydenhoitajan ammattiani. Opiskeluuni kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Tämän opinnäytetyön avulla halutaan selvittää onko maatalousyrittäjien työterveyshuollolla vaikuttavuutta tyypillisten kansanterveysongelmien ehkäisyssä sekä terveyden edistämisessä. Samalla toivon sen antavan arvokasta palautetta työterveyshuollon henkilöstölle ja siten auttaisi heitä edelleen kehittämään työtään maatalousyrittäjien terveyden edistämiseksi. Opinnäytetyön tutkimusosa tehdään Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä, Kauhajoen terveystieteiden tutkimuskeskuksen työterveyshuollossa. Tutkimukseen valikoituu satunnaisesti otos maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuuluvien päätoimisten maatalousyrittäjien keskuudesta

Sinun antamasi tieto tämän kyselylomakkeen avulla on ensiarvoisen tärkeää. Kyselylomakkeessa on vastausohjeet sekä palautuskuori seuraa ohessa. Vastaustasi odotan 30.9.2009 mennessä. Vastaaminen ei vie paljon aikaasi. Luottamuksen säilyttämiseksi kyselyyn vastataan nimettömänä ja tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa kiinnitetään erityistä huomiota anonymiteetin säilyttämiseen ja suojaamiseen. Vastatut kyselylomakkeet ovat vain opinnäytetyön tekijän käytössä ja ainoastaan tätä tutkimusta varten. Vastaaminen on vapaaehtoista.

Valmis opinnäytetyö on luettavissa Kauhajoen kirjastossa opintojeni päättymisen jälkeen.

Jos haluat kysyä jotain opinnäytetyöhöni liittyen, yhteystietoni löytyvät tämän kirjeen lopusta.

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!

Ystävällisin terveisin

Leena Luoma-Halkola

sähköposti: [REDACTED]

puhelin: [REDACTED]

KYSELYLOMAKE: Lue kysymykset huolellisesti ja **rastita mielestäsi sopivinta vaihtoehtoa/ vaihtoehtoja vastaava numero tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.**

(tarvittaessa voit jatkaa vastausten kirjoittamista myös paperin kääntöpuolelle)

1. Sukupuoli
 - 1 mies
 - 2 nainen

2. Syntymävuosi 19..... 3. Pituus.....cm 4. Paino.....kg

5. Siviilisääty
 - 1 naimisissa
 - 2 avoliitto
 - 3 naimaton
 - 4 eronnut
 - 5 leski

6. Maatilanne päätuotantosuunta
 - 1 lypsykarjatalous
 - 2 muu naudakarjatalous
 - 3 sikatalous
 - 4 muu kotieläintalous, mikä? _____
 - 5 viljanviljely
 - 6 perunanviljely
 - 7 muu tuotantosuunta, mikä? _____

7. Montako vuotta olet kuulunut maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon?
 _____ vuotta.

8. Mielestäsi nykyinen terveydentilasi on:
 - 1 hyvä
 - 2 melko hyvä
 - 3 keskitasoinen
 - 4 melko huono
 - 5 huono

9. Onko sinulla seuraavia sairauksia?
 - 1 sepelvaltimosairaus
 - 2 aivoverenkiertohäiriöitä
 - 3 kohonnut verenpaine/verenpainetauti
 - 4 kohonnut verensokeri/diabetes
 - 5 kohonnut veren kolesteroli
 - 6 tuki- ja liikuntaelinsairaus, mikä? _____
 - 7 hengityselinsairaus, mikä? _____
 - 8 muu sairaus, mikä? _____

10. Esiintyykö sinulla tällä hetkellä
- 1 stressiä
 - 2 työuupumusta
 - 3 masennusta
 - 4 ei mitään näistä kolmesta

11. Tupakoitko
- 1 en
 - 2 kyllä, montako savuketta päivässä? _____ päivässä
 - 3 olen lopettanut, _____ vuotta sitten

12. Miten usein käytät alkoholia
- 1 en käytä ollenkaan
 - 2 päivittäin
 - 3 kerran viikossa
 - 4 muutaman kerran viikossa
 - 5 kerran pari kuukaudessa
 - 6 satunnaisesti

Nauttimasi alkoholin määrä keskimäärin silloin: _____

13. Maatalousyrittäjien työterveyshuollossa on annettu terveyttä edistävää tietoa ja neuvontaa

- 1 sydän- ja verisuonisairauksista
- 2 hengityselinsairauksista
- 3 tuki- ja liikuntaelinsairauksista
- 4 verensokerista ja diabeteksestä
- 5 verenpaineesta
- 6 veren kolesterolista
- 7 henkisestä hyvinvoinnista
- 8 tapaturmista ja niiden ehkäisystä
- 9 ylipainosta

14. Koetko saaneesi riittävästi tietoa maatalousyrittäjien työterveyshuollossa edellisessä kysymyksessä mainituissa terveyttä koskevissa seikoissa?

- 1 kyllä
 - 2 en, olisin halunnut enemmän tietoa ja neuvontaa _____
- _____
- _____
- _____

15. Maatalousyrittäjien työterveyshuollossa on annettu tietoa ja ohjausta seuraavien elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja terveyden edistämiseen?

- 1 ravinto
- 2 liikunta
- 3 alkoholi
- 4 tupakka
- 5 uni ja lepo

16. Koetko saaneesi riittävästi tietoa maatalousyrittäjien työterveyshuollossa edellisessä kysymyksessä mainittujen elintapojen vaikutuksesta terveyteen sekä terveyden edistämiseen?

- 1 kyllä
- 2 en, olisin halunnut enemmän tietoa ja ohjausta _____

17. Ovatko elintapasi muuttuneet maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen?

- 1 kyllä
- 2 ei

18. Jos olet muuttanut elintapojasi maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen, kerro miten? (tarvittaessa voit jatkaa kirjoitusta paperin toiselle puolelle)

ravinto _____

liikunta _____

alkoholi _____

tupakka _____

uni ja lepo_____

19. Onko maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon kuuluminen auttanut sinua muuttamaan elintapojasi terveellisemmiksi?

- 1 kyllä
- 2 ei
- 3 en osaa sanoa

20. Tuntuuko sinusta, että maatalousyrittäjien työterveyshuoltoon liittymisen jälkeen olet elintapojesi avulla pystynyt huolehtimaan terveydestäsi sekä edistämään terveyttäsi

- 1 paremmin
- 2 samalla tavalla kuin ennen liittymistä
- 3 huonommin

21. Millaisia toivomuksia ja ideoita sinulla on, joita maatalousyrittäjien työterveyshuolto voisi käyttää työssään maatalousyrittäjien terveyden edistämiseksi? ____

KIITOS VASTAUKSISTASI!

